

GUÍA COMPLETA PARA LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE MALTRATO INFANTIL DESDE EL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN



**A.D.C.A.R.A.
Asociación de Desarrollo
Comunitario
en Áreas de Aragón**

Hernán Cortés, 33
50005 Zaragoza
Tfn: 976 71 50 04 Ext. 2043
Móvil: 607 983 799
E-mail: adcara@adcara.org
www.adcara.org

**I.A.S.S.
Instituto Aragonés de
Servicios Sociales**

Subdirección de Protección
a la Infancia y Tutela
Mariano Supervía, 27
50006 Zaragoza
Tfn: 976 71 50 04
FAX: 976 71 52 88

**Departamento de
Servicios Sociales y
Familia**

Camino de las Torres, 73
50008 Zaragoza
www.aragon.es

GUÍA COMPLETA PARA LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE MALTRATO INFANTIL DESDE EL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN

COORDINACIÓN DEL DOCUMENTO

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y ASEGURAMIENTO
Departamento de Salud y Consumo
Gobierno de Aragón

Carmen Mesa
Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología
Diplomada en Trabajo Social

INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES (I.A.S.S.)
Departamento de Servicios Sociales y Familia
Gobierno de Aragón

José Manuel Casión
Licenciado en Psicología
Tomás Gómez
Licenciado en Pedagogía

ASOCIACIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO EN ÁREAS DE ARAGÓN (A.D.C.A.R.A.)

Henar Capitán
Licenciada en Psicología
María Jesús de Mur
Diplomada en Trabajo Social
Elena Giner
Licenciada en Sociología
Elia Salomón
Diplomada en Trabajo Social

GRUPO DE TRABAJO

PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Teresa Arana
Pediatra Centro de Salud Sagasta-Miraflores

Teresa Cenarro
Pediatra Centro de Salud de Tauste

M^a Cleofé Crespo Mainar
Enfermera Centro de Salud Delicias Sur

Inmaculada Marco
Enfermera USMIJ Centro de Salud Actur Sur

José Mengual
Pediatra Centro de Salud Oliver

Gonzalo Oliván Gonzalvo
Pediatra Centro de Protección Infanta Isabel

Teresa Ruiz
Trabajadora Social Centros de Salud Parque Roma-Almozara

PROFESIONALES DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

Carmen Campos
Pediatra de urgencias Hospital Materno-Infantil Miguel Servet

Ángel Ferrández
Jefe de Unidad de Pediatría del Hospital Materno-Infantil Miguel Servet

Silvia Garcés
Enfermera de Urgencias Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Marina Magaña
Pediatra Especialista en Adolescencia. Hospital Materno-Infantil Miguel Servet

Julia Mínguez
Supervisora Enfermería Maternidad. Hospital de Barbastro

M^a José Pérez
Enfermera especializada

Belén Plaza
Trabajadora Social Hospital Obispo Polanco

Pilar Vico
Trabajadora Social del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

COLABORACIONES

SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS

Sofía Muñoz
Trabajadora Social de Servicios Sociales Comunitarios del I.A.S.S. - Teruel

Isabel Vicente
Técnico de Servicios Sociales Comunitarios del I.A.S.S. - Zaragoza

SERVICIO ESPECIALIZADO DE MENORES

Ángel Calvete
Pedagogo de la Dirección Provincial de Protección a la Infancia y Tutela de Huesca

Angela Manchó
Psicóloga de la Subdirección de Protección a la Infancia y Tutela de Zaragoza

Amparo Mateo
*Trabajadora Social de la Unidad de Recepción de la Dirección Provincial de
Protección a la Infancia y Tutela de Teruel*

Mercedes Puyuelo
Pedagoga de la Dirección Provincial de Protección a la Infancia y Tutela de Huesca

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y ASEGURAMIENTO

M^a Luz Lou
Asesora Técnico

Javier Marzo
Asesor Técnico

La Guía Práctica para la Detección e Intervención en Situaciones de Maltrato Infantil desde el Sistema de Salud de Aragón, cuyos contenidos están incluidos en esta Guía Completa, está consensuada con:

Servicio Aragonés de Salud
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria - SAMFYC
Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista - SEMERGEN-ARAGÓN
Sociedad Aragonesa de Medicina General - SAMG
Sociedad Aragonesa de Medicina de Urgencias y Emergencias
Sociedad Aragonesa-Riojana de Psiquiatría - SARP
Colegio Oficial de Psicólogos de Aragón
Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Aragón - ARAPAP
Asociación de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria - SPARS
Asociación de Enfermería Comunitaria de Aragón
Colegio Profesional de Trabajadores Sociales de Aragón

Un agradecimiento especial a los profesionales que, de forma anónima, participaron en la Investigación "Intervención Profesional y Propuestas de Mejora en el Ámbito Sanitario", así como a todos los profesionales que han mostrado su interés por la elaboración de este documento y han aportado sus ideas y sugerencias a través de diversas vías.

Este documento está financiado por el Departamento de Servicios Sociales y Familia. Igual que el resto de los editados por el programa, puede consultarse en la página Web del IASS (www.aragon.es) y de la asociación ADCARA (www.adcara.org).

Zaragoza, Febrero de 2007.

El derecho de los niños, niñas y adolescentes a una protección que garantice su desarrollo integral como personas en el seno de una familia está totalmente asumido en nuestra sociedad. Sin embargo, el maltrato infantil y la violencia familiar siguen estando presentes en la realidad de algunos menores. Desde el Departamento de Servicios Sociales y Familia trabajamos en la implantación de una metodología de intervención que facilite y mejore la toma de decisiones para incidir en estas situaciones.

La protección a la infancia es cosa de todos: los padres, madres o tutores, los familiares, el profesorado y todos los profesionales o grupos implicados con el niño, deben en un momento u otro intervenir de forma preventiva para evitar una situación de desatención o maltrato.

El documento que ahora se presenta está dirigido a los profesionales del Ámbito Sanitario. Tal como recoge esta Guía, el Sistema Sanitario tiene un papel importante en cuanto a la detección e identificación de situaciones de maltrato infantil. Los profesionales de este ámbito proporcionan asistencia sanitaria a lo largo de todas las etapas de la vida, y es por esto un lugar privilegiado para prevenir e identificar las diferentes situaciones de desprotección infantil.

Así pues, los contenidos que recoge este documento, **“Guía Completa para la Detección e Intervención en Situaciones de Maltrato Infantil desde el Sistema de Salud de Aragón”**, pretenden favorecer la detección e identificación del maltrato infantil por parte de los profesionales del ámbito Sanitario, así como facilitarles la toma de decisiones y la comunicación con otras instituciones, departamentos y profesionales de los servicios sociales. Representa también un primer paso en la cultura de la colaboración, la complementariedad, el reconocimiento constructivo y enriquecedor entre distintos profesionales.

El deseo de los profesionales implicados en este proyecto es que la utilización de esta Guía mejore la detección, notificación e intervención en situaciones de maltrato infantil y, de forma genérica, la atención a la infancia en Aragón.

J. Miguel Ferrer Górriz
Consejero de Servicios Sociales y Familia



Índice

I. INTRODUCCIÓN	11
1.1 POR QUÉ SE ELABORA ESTE DOCUMENTO	13
1.2 QUÉ IMPORTANCIA TIENEN LOS CENTROS SANITARIOS Y SUS PROFESIONALES	14
II. OBJETIVOS	17
III. CONCEPTOS GENERALES	21
3.1 DEFINICIÓN DE MALTRATO INFANTIL	23
3.1.a FACTORES DE RIESGO	24
3.1.b SEÑALES DE ALERTA	25
3.1.c INDICADORES DE MALTRATO	26
3.1.d TIPOLOGÍA DE MALTRATO INFANTIL	26
3.2 PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL	47
3.3 DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL	48
3.4 EL CONCEPTO DE URGENCIA EN LA PROTECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL	48
IV. MARCO LEGISLATIVO	51
4.1 NORMATIVA BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE MENORES	53
4.2 ESPECIAL REFERENCIA AL ÁMBITO SANITARIO	54
V. EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA DE SALUD	55
5.1 QUÉ HACER	57
5.1.a CONSIDERACIONES GENERALES	57
5.1.b QUÉ HACER DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA	59
5.1.c QUÉ HACER DESDE EL ÁMBITO HOSPITALARIO	60
1. Los Servicios de Urgencia	60
2. La Hospitalización	61
3. Las consultas	61

5.1.d RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS SOBRE EL ABUSO SEXUAL	62
5.1.e RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS SOBRE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA	63
5.2 CÓMO HACER	64
5.2.a CÓMO DIRIGIRSE A LOS NIÑOS Y A LAS FAMILIAS	64
1. Qué profesional hablará con el niño y con su familia	65
2. Cómo dirigirse a los padres/madres	65
3. Cómo dirigirse a los niños	66
4. Otros aspectos a tener en cuenta	68
5.2.b ALGUNAS TÉCNICAS DE ACTUACIÓN PARA EL ABORDAJE DEL MALTRATO INFANTIL	68
1. La entrevista	68
2. La observación	69
3. La visita domiciliaria	69
4. La recogida, análisis, registro y trato de la información	70
5. La notificación de la situación de maltrato	70
6. El papel de los profesionales del Sistema Público de Servicios Sociales	71

VI. BIBLIOGRAFÍA **73**

VII. ÁRBOLES DE DECISIÓN **77**

ÁRBOL 1: DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO E INTERVENCIÓN ANTE LOS MISMOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	78
ÁRBOL 2: LA DETECCIÓN DE SEÑALES DE ALERTA E INTERVENCIÓN ANTE LAS MISMAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	82
ÁRBOL 3: DETECCIÓN DE INDICADORES DE MALTRATO E INTERVENCIÓN ANTE LOS MISMOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	88
ÁRBOL 4: DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y/O SEÑALES DE ALERTA E INTERVENCIÓN ANTE LOS MISMOS DESDE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS	92
ÁRBOL 5: DETECCIÓN DE INDICADORES DE MALTRATO E INTERVENCIÓN ANTE LOS MISMOS DESDE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS	96
ÁRBOL 6: DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y/O SEÑALES DE ALERTA E INTERVENCIÓN ANTE LOS MISMOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN	100
ÁRBOL 7: DETECCIÓN DE INDICADORES DE MALTRATO E INTERVENCIÓN ANTE LOS MISMOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN	104

VIII.ANEXOS

109

ANEXO 1: HOJA DE NOTIFICACIÓN DE MALTRATO INFANTIL	111
ANEXO 2: OFICIO DE REMISIÓN AL JUZGADO	117
ANEXO 3: DIRECCIONES DE SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS	121
ANEXO 4: DIRECCIONES DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN	127





I. INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

- 1.1 POR QUÉ SE ELABORA ESTE DOCUMENTO
- 1.2 QUÉ IMPORTANCIA TIENEN LOS CENTROS SANITARIOS Y SUS PROFESIONALES

1.1 POR QUÉ SE ELABORA ESTE DOCUMENTO

Este documento es fruto del interés común del Instituto Aragonés de Servicios Sociales y el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón. Ambas instituciones comparten el objetivo de desarrollar actuaciones que faciliten la coordinación interprofesional a la hora de detectar y notificar situaciones de maltrato infantil.

Por una parte, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (I.A.S.S.) lleva desarrollando, desde el año 2000, el Programa de Prevención y Detección de Situaciones de Desprotección y Maltrato Infantil, en colaboración con la Asociación de Desarrollo Comunitario en Áreas de Aragón (A.D.C.A.R.A.). Este programa tiene como objetivo principal facilitar y mejorar la coordinación entre los diferentes agentes sociales que abordan esta problemática. Para ello, trabaja en la elaboración de documentos que permitan crear un lenguaje y unos protocolos de actuación comunes entre todas las instituciones, servicios y profesionales que trabajan con la infancia. Así, se han elaborado Guías de Actuación para los Servicios Sociales Comunitarios, el Ámbito Educativo y el Ámbito de Tiempo Libre.

En lo que respecta al Ámbito Sanitario, durante los meses de septiembre-diciembre de 2003 el Programa realizó una investigación para conocer la actuación, dificultades y propuestas que los profesionales del ámbito sanitario de Aragón plantean ante la prevención, detección, intervención y notificación de situaciones de maltrato infantil.

Entre las dificultades mencionadas, destacaron:

- Dificultad para **identificar** algunas situaciones de maltrato.
- Falta de **información y orientación** sobre pautas de actuación cuando se detectan indicadores de maltrato.
- Dificultades en la **coordinación** entre profesionales y entre servicios.

Los resultados de esta investigación fueron publicados y difundidos en el informe "*El maltrato infantil. Intervención y propuestas de mejora de los profesionales en el ámbito sanitario*", del cual se han extraído algunas aportaciones realizadas por los profesionales, y se han incluido en el presente Documento como complemento a sus diferentes capítulos.

Por otra parte, el Departamento de Salud y Consumo ha asumido la elaboración de instrumentos de detección de casos de violencia de género en el ámbito sanitario, en el contexto de la aprobación de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Esta Ley plantea en su artículo 15 que "*las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia*". Al mismo tiempo, la Consejería de Salud y Consumo de la Comunidad Autónoma de Aragón ha planteado que se desarrollen actuaciones para la detección y notificación de maltrato hacia otros colectivos vulnerables, entre ellos el de la Infancia.

Esta *Guía Completa para la Detección e Intervención en Situaciones de Maltrato Infantil desde el Sistema de Salud de Aragón* es el resultado de la confluencia de un mismo interés, la protección a la infancia, por dos vías distintas, desde la Consejería de Servicios Sociales y Familia y desde la Consejería del Departamento de Salud y Consumo de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Esta Guía se complementa con la *Guía Práctica para la Detección e Intervención en Situaciones de Maltrato Infantil desde el Sistema de Salud de Aragón*, elaborada conjuntamente por las dos instituciones (Instituto Aragonés de Servicios Sociales - Dirección General de Planificación y Aseguramiento del Departamento de Salud y Consumo).

Ambas guías siguen la misma estructura. La Guía Completa desarrolla algunos de los capítulos y aspectos en los que los profesionales puedan necesitar más información: indicadores de maltrato infantil, papel de cada servicio en la prevención y en la detección o cómo hablar con los padres y con los niños. El interés es que los profesionales que quieran consultar un procedimiento o información concreta lo hagan a través de la Guía Práctica. Y que, si necesitan completar la información o profundizar en algún aspecto, lo puedan hacer a través de la Guía Completa.

1.2 ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENEN LOS CENTROS SANITARIOS Y SUS PROFESIONALES?

Los Servicios Sanitarios son, dentro del sistema de protección a la infancia, uno de los recursos más importantes a la hora de detectar situaciones de riesgo y de maltrato infantil.

Sus profesionales ocupan una posición privilegiada en la prevención e intervención ante estas situaciones. A través de la relación que mantienen con el paciente y su familia, pueden identificar factores de riesgo o situaciones de maltrato.

Por ello, desde Salud las principales responsabilidades son :

- La **detección y notificación** de situaciones de maltrato.
- Realización de **diagnóstico** y provisión de **tratamiento**.
- Incremento de los controles clínicos en niños en situación de riesgo o que han sufrido maltrato.
- Enseñanza a los padres de pautas de crianza infantil.

Los centros sanitarios deben dar a conocer las situaciones detectadas y no dejar que permanezcan ocultas. Cuanto antes se notifique, antes se podrán activar los recursos necesarios para atender al niño y a su familia, evitando el agravamiento y cronicidad del posible maltrato.

Los profesionales del ámbito sanitario, cuando detectan una situación o indicador de posible maltrato, han de tener presente que:

- **Ante cualquier sospecha es mejor actuar, nunca dejarla pasar.** Es mejor un “falso positivo” que no hacer nada, no debemos olvidar que el niño está indefenso.
- **No notificar un caso de maltrato infantil te hace cómplice de esta situación.** No podemos olvidar que es la colaboración y la coordinación entre profesionales lo que puede hacer que se agilice el caso.
- **Todos los niños y niñas tienen** necesidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales que han de ser cubiertas, **independientemente de los valores culturales de su familia.**
- **La notificación no implica denunciar a otra persona, sino informar** de la situación de un niño que puede estar siendo objeto de maltrato.







II. OBJETIVOS



Los objetivos específicos que se pretenden alcanzar con esta guía son:

- 1. Sensibilizar y motivar** a los profesionales del ámbito sanitario sobre su papel en la prevención y detección del maltrato infantil.
- 2. Clarificar y unificar** los conceptos básicos más importantes sobre maltrato infantil: definición, tipologías, indicadores, etc.
- 3. Facilitar los procesos de detección y notificación**, indicando cuándo, cómo y a quién debe comunicarse la situación observada.
- 4. Promover actuaciones coordinadas** entre las diferentes instituciones implicadas en la atención a esta población.





III. CONCEPTOS GENERALES

III. CONCEPTOS GENERALES

3.1 DEFINICIÓN DE MALTRATO INFANTIL

3.1.a FACTORES DE RIESGO

3.1.b SEÑALES DE ALERTA

3.1.c INDICADORES DE MALTRATO

3.1.d TIPOLOGÍA DE MALTRATO INFANTIL

3.2 PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

3.3 DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

3.4 EL CONCEPTO DE URGENCIA EN LA PROTECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

3.1 DEFINICIÓN DE MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil se identifica a menudo con lesiones físicas. Se imaginan escenas dolorosas en las que los niños son expuestos a la violencia de los adultos.

Desgraciadamente, esto es así en algunos casos, pero la mayoría de las situaciones de maltrato pasan desapercibidas. De hecho, la negligencia, la falta de supervisión, el desinterés y el abandono emocional son más frecuentes que los golpes.

Asimismo, es importante hacer referencia a que el maltrato afecta a todas las clases sociales, no sólo a las más desfavorecidas.

Consideramos maltrato infantil cualquier acción u omisión, no accidental, por parte de los padres o cuidadores que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor.

El maltrato a la infancia puede producirse en diferentes contextos (violencia en las aulas, maltrato entre iguales, violencia ejercida por personas ajenas a la familia del menor...). Este documento aborda la detección y notificación del maltrato que se produce en un contexto intrafamiliar. Por una parte, el maltrato infantil en el contexto familiar es más frecuente. Por otra parte, el tipo de relación que el profesional sanitario puede observar desde su consulta es la de los cuidadores con los niños.

Hablar de maltrato infantil implica definir:

- ♦ Factores de riesgo.
- ♦ Señales de alerta.
- ♦ Tipología de maltrato infantil.
- ♦ Indicadores de maltrato.

3.1.a FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo hacen referencia a la presencia o ausencia de determinadas condiciones en la vida del menor o su entorno, que aumentan la posibilidad de que aparezcan conductas o situaciones de maltrato. Los factores de riesgo por sí solos **NUNCA PRUEBAN** la existencia de malos tratos, sólo **PREDICEN** la probabilidad de que aparezcan.

La siguiente tabla muestra algunos de los factores de riesgo que pueden detectarse desde el ámbito sanitario:

EN EL NIÑO	FAMILIARES Y AMBIENTALES
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Nacimiento prematuro. ♦ Hijo no deseado. ♦ Déficit físico y/o psíquico, que conlleva que el niño no cumpla satisfactoriamente las actividades propias de su edad. ♦ Problemas médicos crónicos o retrasos en el desarrollo. ♦ Problemas comportamentales que suponen un alto nivel de estrés para los padres (lloro incontenible, sueño irregular, dificultad para seguir órdenes, hiperactividad, etc.). ♦ Apego especial hacia los adultos o aislamiento emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Padres víctimas de maltrato en su infancia. ♦ Falta de habilidades para la crianza del niño. ♦ Trastornos emocionales, mentales o físicos que les impide reconocer y responder adecuadamente a las necesidades del niño. ♦ Estilo de disciplina excesivamente laxo o punitivo. ♦ Abuso o dependencia (drogas, alcohol, juego...). ♦ Historia de conducta violenta, antisocial o delictiva. ♦ Múltiples problemas en la convivencia de la pareja. ♦ Inexistencia de condiciones básicas de habitabilidad del hogar. ♦ Falta de apoyo social. ♦ Valores y actitudes negativas hacia la mujer, la infancia y la paternidad. ♦ Ausencia prolongada de los progenitores Familias desestructuradas.

3.1.b SEÑALES DE ALERTA

Las señales de alerta son signos o síntomas de disfuncionalidad o anomalía en el desarrollo físico y/o psíquico del niño, que no corresponden con el momento evolutivo del mismo y que no responden a causas orgánicas. Indican que algo sucede y que el niño está somatizando su afección. Obviamente, estos síntomas no dicen nada por sí mismos si se presentan de manera aislada y de forma puntual. Pasan a ser señales de alerta cuando:

- *Van asociados (existe más de un síntoma) y/o*
- *Son persistentes.*

Las señales de alerta NO PRUEBAN una situación de maltrato, ya que pueden aparecer como síntomas de otras circunstancias, pero sí que identifican la necesidad de intervenir.

Lo que sí que nos indicaría la posibilidad de existencia de una situación de maltrato infantil es la actitud de los padres y/o responsables del niño ante la intervención de los profesionales del centro de salud. Si ante una señal de alerta, la actitud de los padres no es de solicitud de apoyo o de colaboración ante la propuesta de intervención sino de indiferencia, rechazo u omisión de las indicaciones de la intervención, podemos pensar en una posible situación de maltrato infantil.

La siguiente tabla muestra los tipos de señales de alerta ante los que el profesional debe reaccionar para descartar (o no) la existencia de una posible situación de maltrato:

LACTANTE Y PREESCOLAR	EN EDAD ESCOLAR
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Trastorno de la alimentación. ♦ Trastorno del sueño. ♦ Trastorno de conducta. ♦ Miedo y fobias leves. ♦ Anomalías en el juego. ♦ Retraso del desarrollo psicomotor. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Dificultades escolares. ♦ Trastornos de la comunicación y la relación. ♦ Trastornos de la conducta. ♦ Trastornos por ansiedad. ♦ Trastornos del estado de ánimo. ♦ Manifestaciones somáticas. ♦ Trastornos del comportamiento alimentario. ♦ Abuso de sustancias tóxicas en adolescentes. ♦ Trastornos psicóticos.

3.1.c INDICADORES DE MALTRATO

Son signos objetivos que se asocian a una manifestación concreta del Maltrato Infantil.

Cada manifestación de maltrato infantil tiene asociado un conjunto de indicadores que lo definen y que a su vez pueden clasificar el maltrato en leve, moderado o severo, en función de la gravedad del mismo.

Así mismo, los indicadores de maltrato infantil tienen peculiaridades distintas en función del entorno desde el que se detecten. La frecuencia de las manifestaciones, cómo y con quién se producen son datos que habrá que tener en cuenta a la hora de considerar un posible caso de maltrato infantil.

3.1.d TIPOLOGÍA DE MALTRATO INFANTIL

A continuación se exponen las definiciones de las diferentes manifestaciones de maltrato, así como los indicadores que ayudan a identificarlas. Esta tipología corresponde a la empleada en la práctica profesional, consensuada recientemente a través del Observatorio de la Infancia, adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, para el nuevo módulo de maltrato del SIUSS¹. Hay que tener siempre presente que estas categorías son un acuerdo arbitrario y no son excluyentes.

Así, los tipos de maltrato infantil que se contemplan en este documento son los siguientes:

1. *Maltrato físico.*
2. *Negligencia física.*
3. *Maltrato psicológico.*
4. *Negligencia emocional.*
5. *Abuso sexual.*
6. *Incapacidad parental de control de la conducta infantil/adolescente.*
7. *Abandono.*
8. *Renuncia.*
9. *Maltrato prenatal.*
10. *Explotación laboral y mendicidad.*

¹ Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales.

Cada manifestación del maltrato infantil tiene asociado un conjunto de indicadores. Estos indicadores pueden haber sido la señal que ha motivado la alerta del profesional, o pueden identificarse desde el principio por sí solos como un indicador de maltrato, cuando se presentan de forma evidente.

De la misma manera, en algunas de las manifestaciones del maltrato infantil se presentan determinadas conductas asociadas, y los niveles de gravedad de la situación.

1. MALTRATO FÍSICO

“Cualquier acción no accidental por parte de los padres/tutores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo”.

INDICADORES FISICOS EN EL NIÑO/NIÑA

⇒ Lesiones cutáneo-mucosas (hematomas y contusiones, equimosis, heridas incisocontusas, erosiones y pinchazos).

Se localizan en zonas no habituales y no prominentes (área periocular, pabellón auricular, mucosa oral, cuello, zonas laterales de la cara, labios, espalda, tórax, nalgas o muslos, área genital).

En ocasiones su forma reproduce la señal del objeto con el que han sido infringidas (correa, hebilla, regla...) y se presentan en diferentes estadios de evolución y/o de cicatrización.

⇒ Quemaduras.

Localización múltiple y con frecuencia en las palmas de las manos, pies, glúteos, genitales, periné, cara, pecho y espalda.

Tienen bordes nítidos, que reproducen el objeto con que fue quemado (plancha, cigarrillo, radiador, cuerda -por haber estado atado fuertemente-, sartén, en forma de calcetín o de guante -cuando fue por inmersión en líquido caliente-). Las quemaduras están ausentes de salpicaduras, y su profundidad es homogénea. Simetría con frecuencia bilateral.

Se presentan en distintos estadios evolutivos, observándose secuelas en la piel de otras quemaduras anteriores además de las recientes.

⇒ Alopecias traumáticas.

Presencia de zonas de pelo sano combinado con zonas de arrancamiento de pelo de forma intencionada. Localización en la zona occipital u occipito-parietal.

Diferentes estadios de evolución, manifestado por diferentes larguras de pelo sin explicación aparente.

Diagnóstico diferencial con enfermedades dermatológicas como tiña o alopecia areata.

➔ Mordeduras.

Reproducen la arcada dentaria humana en forma circular. Pueden ser recurrentes (aisladas o múltiples).

Diagnóstico diferencial de mordedura de un perro (>3cm de separación entre la huella de caninos) o de autolesión por padecer un trastorno psíquico.

➔ Lesiones en las mucosas.

Localizadas generalmente en la mucosa oral: pérdidas de dientes; hematomas por introducción de objetos forzosamente.

Desgarros, hematomas, contusiones en mucosa anal o genital (diferenciar de abuso sexual).

➔ Lesiones oculares.

Lesiones producidas por el impacto directo en el ojo: hemorragias retinianas, desprendimiento de retina, hemorragias vítreas, edema corneal, opacidad corneal, subluxación del cristalino, atrofia del iris.

➔ Lesiones osteo-articulares.

Fracturas múltiples en distintos estadios evolutivos de consolidación. Asociación con otro tipo de manifestaciones cutáneas de maltrato.

En huesos largos: traumatismo en las metafisis debido a golpes violentos, estiramientos y desplazamientos epifisarios.

En el cráneo: fracturas producidas por fuertes impactos, asociadas a hematomas subdurales por sacudidas violentas, movimiento de balanceo. El llamado "Síndrome del niño agitado", que se produce cuando la persona sujeta al niño por el tronco o miembros balanceándolo con fuerza y violencia de atrás hacia delante. La cabeza experimenta movimientos de aceleración y desaceleración con roturas vasculares.

En costillas y vértebras: producidas por mecanismos de hiperextensión o hiperflexión forzadas, o por impacto directo.

Mecanismo de producción discordante con la capacidad del niño por su edad.

Desde el punto de vista neurológico: hematomas subdurales, hemorragias subaracnoideas, focos de contusión cerebral, hematoma epidural y atrofia cerebral.

➔ Lesiones viscerales.

Contusión y hematoma pulmonar; contusión esplénica y renal; neumotórax; desgarro mesentérico y hepático, etc.

Síntomas: hinchazón y dolor abdominal, dificultad respiratoria, vómitos y/o hemorragias.

INDICADORES COMPORTAMENTALES EN EL NIÑO/NIÑA

- Parece tener miedo a sus padres o cuidadores.
- Cuenta que alguno de sus padres le pega normalmente.
- Se muestra receloso en cuanto al contacto físico con los adultos.
- Fácil adaptación con adultos desconocidos.
- Fácil adaptación cuando le ingresan en el hospital.
- Pasividad y comportamiento retraído, tímido, asustadizo, tendencia a la soledad y aislamiento.
- Actitud de autoculpa y aceptación de los castigos.
- Sentimiento de tristeza y depresión.
- Abuso de drogas y alcohol desde edades tempranas.
- Inquietud desmedida por el llanto de otros niños.

INDICADORES COMPORTAMENTALES EN LOS PADRES/MADRES

- Utilizan una disciplina severa, impropia para la edad del niño.
- No dan ninguna explicación con respecto a la lesión del niño, o éstas son ilógicas, no convincentes o contradictorias.
- Parecen no preocuparse por su hijo.
- Perciben al niño de manera negativa.
- Abusan del alcohol u otras drogas.
- Intentan ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de ésta.
- Culpabilizan al cónyuge como causante del maltrato.
- Se contradicen mutuamente ante la causa de la lesión.
- Retraso indebido o sin explicación en proporcionar al niño atención médica.

Nota: el maltrato físico no ha de ser necesariamente resultado de un intento premeditado de dañar al niño, sino que puede derivar de un exceso de disciplina o de un castigo inapropiado.

Para identificar la presencia de maltrato físico ha de cumplirse al menos uno de los siguientes requisitos:

- ➔ Como mínimo en una ocasión se ha detectado la presencia de al menos uno de los indicadores. Las lesiones físicas no son "normales" en el rango de lo previsible en un niño de su edad y características (bien por su mayor frecuencia o intensidad, por ser lesiones aparentemente inexplicables o no acordes con las explicaciones dadas por el niño y/o los padres, etc.).
- ➔ No se ha percibido claramente ninguno de los indicadores señalados, pero hay un conocimiento certero de que el niño ha padecido alguna de las lesiones físicas indicadas como resultado de la actuación de sus padres/tutores.
- ➔ No existen lesiones físicas, pero hay un conocimiento certero de que los padres/tutores utilizan un castigo corporal excesivo o palizas hacia el niño. Para que estos dos tipos de acciones sean calificadas como maltrato físico, deberían estar presentes los siguientes factores:
 - La intensidad de la reacción del padre/madre no se corresponde con la gravedad del comportamiento del niño, la disciplina administrada no es apropiada o no está en concordancia con los intereses del niño en función de su edad o nivel de desarrollo.
 - Parece que el padre/madre no controló su reacción cesando el castigo.
 - Además de lo anterior, el niño presenta una reacción de tensión emocional no justificada.

NIVELES DE GRAVEDAD

- ➔ **Leve:** El maltrato no ha provocado en ningún momento lesión alguna en el niño o éste ha sufrido un daño/lesión mínima que no ha requerido atención médica.
- ➔ **Moderado:** El maltrato ha provocado en el niño lesiones físicas de carácter moderado o que han requerido algún tipo de diagnóstico o tratamiento médico. El niño presenta lesiones en diferentes fases de cicatrización/curación.
- ➔ **Severo:** El niño ha requerido hospitalización o atención médica inmediata a causa de las lesiones producidas por el maltrato. El niño padece lesiones severas en diferentes fases evolutivas, o secuelas físicas.

Dentro del maltrato físico está incluido el Síndrome de Münchausen por poderes:

Síndrome de Münchausen por poderes

“Los cuidadores simulan enfermedades en el niño al que someten a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por la persona adulta (ej.: mediante la administración de sustancias al niño o niña)”

INDICADORES COMPORTAMENTALES EN EL NIÑO/NIÑA

- El niño presenta signos clínicos persistentes de causa inexplicable.
- Envenenamiento/intoxicación difícilmente atribuible al propio niño/a.
- Los signos y síntomas no aparecen cuando los padres están ausentes.
- Ingresos múltiples, en distintos hospitales, abundantes pruebas diagnósticas.
- Los procedimientos terapéuticos aplicados son inefectivos o no tolerados.
- El personal sanitario piensa que se encuentra frente a un nuevo caso insólito.
- Síntomas y signos inexplicables de comienzo agudo: convulsiones, crisis apnéicas, hiperventilación, vómitos, diarrea, úlceras bucales, sed excesiva, incongruencia en el perfil bioquímico.
- Discordancia entre la historia y las manifestaciones clínicas.
- La clínica más común la constituyen:

- hemorragias	- alteraciones bioquímicas
- somnolencia	- vómitos
- convulsiones	- exantemas y otras alteraciones dérmicas
- fiebres	- glucosuria

INDICADORES COMPORTAMENTALES EN LOS PADRES/MADRES

- Madre/padre con inquietudes paramédicas (suelen tener conocimientos de profesiones sanitarias usualmente frustradas).
- Padres que inventan enfermedades sin signos clínicos constatables.
- Solicitan un diagnóstico con pruebas cada vez más complicadas.
- Madre/padre con historia psiquiátrica o con antecedentes de padecer el Síndrome de Münchausen.
- Madre/padre excesivamente atento, no quiere dejar a su hijo en el hospital, mantiene buena relación con el personal sanitario.
- Reacción del padre o la madre en cuanto a la enfermedad de su hijo siempre paradójica: o está menos preocupado por la enfermedad de su hijo que el personal que les atiende, o manifiesta excesivo interés y quejas en cuanto a lo que se está trabajando en el diagnóstico de su hijo.
- No dan la medicación prescrita.
- Ingresos múltiples en distintos hospitales.

2. NEGLIGENCIA FÍSICA

“Las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño”.

INDICADORES FISICOS EN EL NIÑO/NIÑA

- ⇒ **Alimentación:** No se le proporciona la alimentación adecuada. Está hambriento. Malnutrición, raquitismo.
- ⇒ **Vestido:** Vestuario inadecuado al tiempo atmosférico. El niño no va bien protegido del frío. Vestuario sucio, roto.
- ⇒ **Higiene:** Constantemente sucio, escasa higiene corporal.
- ⇒ **Cuidados médicos:** Ausencia o retraso importante en la atención médica de los problemas físicos o enfermedades. Ausencia de cuidados médicos rutinarios. Retraso de crecimiento y desarrollo. No lleva gafas o prótesis que precisa.
- ⇒ **Supervisión:** El niño pasa largos periodos de tiempo sin la supervisión y vigilancia de un adulto. Se producen repetidos accidentes domésticos claramente debidos a negligencia por parte de los padres/cuidadores del niño. Visitas repetidas a urgencias del hospital, historia de ingresos.
- ⇒ **Condiciones higiénicas y de seguridad del hogar** que son peligrosas para la salud y seguridad del niño.
- ⇒ **Area educativa:** Inasistencia injustificada y repetida a la escuela. Retraso en la adquisición de logros madurativos y problemas de aprendizaje.

INDICADORES COMPORTAMENTALES EN EL NIÑO/NIÑA

- ⇒ Pide o roba comida.
- ⇒ Raras veces asiste a la escuela, o se suele quedar dormido.
- ⇒ Dice que no hay nadie que le cuide.
- ⇒ Tendencia a la apatía, somnolencia y tristeza.
- ⇒ Agresividad y autoagresión.
- ⇒ Conductas dirigidas a llamar la atención.
- ⇒ Abuso de drogas y/o alcohol.
- ⇒ Frecuente ausencia del hogar.
- ⇒ Participa en acciones delictivas.

INDICADORES COMPORTAMENTALES EN LOS PADRES/MADRES

- ➔ Abuso de drogas o alcohol.
- ➔ Muestra evidencias de apatía o nulidad.
- ➔ Mentalmente enfermo, o con bajo nivel intelectual.
- ➔ Despreocupación por las enfermedades de su hijo.
- ➔ Incumplimiento de tratamientos médicos.
- ➔ Exceso de vida social y profesional.
- ➔ Compensa con bienes materiales la falta de cuidado general.
- ➔ El niño es atendido o supervisado por otro niño o personas con dudosa capacidad.

Para poder definir la existencia de negligencia física, debe presentarse uno o varios de los indicadores de manera reiterada y/o continua.

NIVELES DE GRAVEDAD

- ➔ **Leve:** Se produce la conducta negligente, pero el niño no padece ninguna consecuencia negativa al nivel de desarrollo físico o cognitivo, o en sus relaciones sociales.
- ➔ **Moderado:** El niño no ha padecido lesiones o daño físico como consecuencia directa de la conducta de sus padres/tutores y no requiere, por tanto, atención médica. Sin embargo, la conducta parental negligente es causa directa de situaciones de rechazo hacia el niño (escuela, grupo de iguales, etc.).
- ➔ **Severo:** El niño ha padecido lesiones o daño físico como consecuencia directa de la conducta negligente de sus padres/tutores, habiéndose requerido atención médica por ello. También se considera maltrato severo cuando la negligencia en la conducta parental ha determinado que el niño presente retrasos importantes en su desarrollo (intelectual, físico, social, etc.) que requieren atención/tratamiento especializado.

3. MALTRATO PSICOLÓGICO (EMOCIONAL)

“Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar”.

INDICADORES EN EL NIÑO/NIÑA

1ª Infancia (0-6 años)	2ª Infancia (6-12 años) Adolescencia (>12 años)
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Niños que no fijan la mirada, expresión de mirada perdida (a partir de 4 meses). ♦ No reacciona a la voz (a partir de 5 meses). ♦ No responde al abrazo (a partir de 5 meses). ♦ No distingue a su madre mediante la sonrisa (a partir de 5 meses). ♦ Al mostrarle objetos, no los intenta coger (a partir de 7 meses). ♦ No llora cuando la madre le deja y se queda con extraños (a partir de 12 meses). ♦ No balbucea (a partir de 10 meses). ♦ No reconoce cuando llaman a papá o mamá y no los busca (a partir de 18 meses). ♦ No reconoce su nombre (a partir de 14 meses). ♦ No imita gestos sencillos (a partir de 14 meses). ♦ No realiza un juego interactivo (a partir de 4 años). ♦ No señala partes de su cuerpo cuando se le indica (ojo, nariz, boca, mano...) (a partir de 2 años). ♦ No identifica objetos dibujados (a partir de 2 años). ♦ No reproduce secuencias de la vida diaria en el juego (a partir de dos años y medio). ♦ Enfermedades o trastornos de origen psicossomático (cefaleas, dolores abdominales, trastornos de la alimentación, no control de esfínteres, trastornos del sueño). ♦ Niños que tienen conductas de adultos (hacer de padre/madre de otros niños). ♦ Niños que tienen conductas excesivamente infantiles (chuparse el dedo pulgar, mecerse constantemente). ♦ Niños tímidos, asustadizos, pasivos (a partir de 11 meses). ♦ Irritabilidad permanente (a partir de 8 meses). ♦ Excesiva ansiedad o rechazo en las relaciones psicoafectivas. ♦ Comportamientos negativistas en etapas no adecuadas. (a partir de 2 años). 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Enfermedades o trastornos de origen psicossomático (cefaleas, dolores abdominales, trastornos de la alimentación, no control de esfínteres, trastornos del sueño). ♦ Retraso en todas o en algunas áreas madurativas y del desarrollo. ♦ Disminución de la capacidad de atención. ♦ Niños que asumen responsabilidades de adultos (hacer de padre/madre de otros niños). ♦ Niños que tienen discursos o conductas excesivamente infantiles (chuparse el dedo pulgar, mecerse constantemente). ♦ Falta de respuesta afectiva hacia los padres. ♦ Niños asustadizos, atemorizados. ♦ Ausencia de respuestas a estímulos sociales. ♦ Inhibición en el juego. ♦ Ausencia de autoestima. ♦ Niños excesivamente complacientes, pasivos, nada exigentes. ♦ Excesiva ansiedad o rechazo en las relaciones psicoafectivas. ♦ Comportamientos repetidamente negativistas. ♦ Escasa capacidad de respuesta ante situaciones conflictivas. ♦ Relaciones sociales escasas y/o conflictivas con sus iguales. Aislamiento. ♦ Conductas compulsivas y/o de autolesión. ♦ Intentos de suicidio.

Nota: los indicadores de maltrato emocional deben conceptualizarse según la edad y fase de desarrollo evolutivo del niño.

INDICADORES EN LOS PADRES/MADRES

- **Rechazo:** El relato que los padres hacen de su hijo implica un menosprecio, una descalificación.
 - ♦ Utilizar frecuentemente apelativos de desprecio al niño y a sus logros. Desvalorizarle.
 - ♦ Transmisión constante al niño de una valoración negativa de sí mismo.
 - ♦ Tratar de manera desigual a los hermanos.
 - ♦ Negarse a hablar con el niño.
 - ♦ Someterle a humillaciones verbales y críticas excesivas. Insultos, burlas.
 - ♦ La madre no nombra al niño. En su discurso, el niño no tiene un lugar (no es capaz de decir “mi hijo” o “mi bebé”). No llama al niño por su nombre.
 - ♦ Identificar negativamente conductas del niño como conductas iguales a las de otra persona (ej: “eres igual que tu padre”).
- **Atemorizar:** Se refiere a situaciones en las que se amenaza al niño continuamente con castigos desmedidos. También se puede atemorizar al niño creando hacia él unas expectativas inalcanzables con amenaza de castigo por no alcanzarlas.
 - ♦ Amenazar al niño con un castigo extremo y siniestro; o a exponerle a la humillación pública.
 - ♦ Crear en el niño un miedo intenso.
 - ♦ Mantener hacia el niño expectativas inalcanzables, castigándole por no alcanzarlas. Sobreexigirle.
 - ♦ Asignar al niño responsabilidades excesivas o no adecuadas a su edad.
 - ♦ Abuso pedagógico. Disciplina excesiva.
 - ♦ Burlarse del niño.
 - ♦ Utilizar gestos y palabras exagerados para intimidar, amenazar o castigar.
 - ♦ Colocar al niño en situaciones intolerables de doble sentido.
 - ♦ Forzar al niño a elegir entre dos padres enfrentados.
 - ♦ Exigir la respuesta del niño a demandas contradictorias de los padres/tutores.
- **Aislamiento:** Se refiere a privar al niño de las oportunidades para establecer relaciones sociales.
 - ♦ Dejar al niño solo durante largos períodos de tiempo.
 - ♦ Negarle la relación con adultos.
 - ♦ Castigar sus iniciativas de relación con otros niños. Prohibirle invitar a otros niños a su casa.
 - ♦ Sacarle de la escuela.

- ♦ Prohibirle participar en actividades de ocio, deportivas o extraescolares.
- ♦ Hacer del niño el objeto exclusivo de la vida del adulto.
- ⇒ **Violencia doméstica extrema y/o crónica:** Se producen de manera permanente situaciones de violencia física y/o verbal intensa entre los padres en presencia del niño.
 - ♦ Utilizar al niño como intermediario de descalificaciones mutuas y reproches entre los padres.
 - ♦ Clima de violencia repetida entre los padres (insultos, maltrato, amenazas de abandono del hogar) que produce inseguridad y culpa en el niño.
 - ♦ Incapacidad de los padres para proteger al niño, manteniendo el conflicto en la privacidad de la pareja.

NIVELES DE GRAVEDAD

- ⇒ **Leve:** Las conductas de maltrato psicológico no son frecuentes y/o su intensidad es leve. La situación emocional del niño no presenta secuelas negativas como consecuencia de dichas conductas. La presencia en el hogar de un modelo inadecuado para el niño es contrarrestada por la presencia de otro modelo adecuado.
- ⇒ **Moderado:** Las conductas de maltrato psíquico son frecuentes y generalizadas. La situación emocional del niño ha recibido un daño significativo, teniendo dificultades para funcionar adaptativamente en varios de los roles normales para su edad. Hay aspectos positivos importantes en el trato y cuidado afectivo de los padres hacia el niño. El modelo inadecuado es el cuidador principal del niño, sin que existan en el hogar otros modelos adecuados, sin embargo, el niño no parece verse influido por la imitación de las pautas asociales o autodestructivas.
- ⇒ **Severo:** Las conductas de maltrato psíquico son constantes y su intensidad elevada. La situación emocional del niño presenta un daño severo como consecuencia de esta situación y su desarrollo se encuentra seriamente comprometido. Se requiere tratamiento especializado inmediato. El modelo inadecuado es el cuidador principal del niño, y carece en el hogar de otros modelos alternativos adecuados. El niño se ve claramente afectado en la imitación, y/o en el aprendizaje del razonamiento moral por las pautas antisociales o autodestructivas del modelo.

Dentro del maltrato psicológico están incluidas estas dos manifestaciones:

- Inducción a la delincuencia.
- Modelo de vida inadecuado.

Inducción a la delincuencia

“Los adultos promueven o refuerzan en el niño conductas desviadas (principalmente en el área de la agresividad, sexualidad y drogas) incapacitándole para experiencias sociales normales. También incluye situaciones en las que los adultos utilizan a éste/a para la realización de acciones delictivas (por ejemplo, transporte de drogas, hurtos)”.

INDICADORES EN EL NIÑO/NIÑA

- ⇒ *Presenta conductas asociales.*
- ⇒ *Comete delitos.*

INDICADORES EN LOS PADRES/MADRES

- ⇒ Restan importancia a la información relativa a pautas de conducta antisociales o desviadas de sus hijos/as.
- ⇒ Alientan y/o valoran conductas antisociales o desviadas de sus hijos/as.

Modelo de vida inadecuado

“El hogar en el que vive el niño constituye un modelo de vida inadecuado para su normal desarrollo, por contener pautas antisociales, delictivas o autodestructivas”.

Para poder definir la existencia de modelo de vida inadecuado para el niño:

- ♦ Debe presentarse al menos una de las situaciones anteriores de manera reiterada y/o continua.
- ♦ Su presencia ha de ser claramente perceptible.
- ♦ El modelo inadecuado debe ser claramente perceptible por el niño en su interacción cotidiana.
- ♦ El niño debe reunir condiciones suficientes de vulnerabilidad al modelo: capacidad cognoscitiva suficiente y razonamiento moral en desarrollo.

INDICADORES EN LOS NIÑOS

- ⇒ Valora positivamente y presenta conductas asociales (conductas delictivas, tráfico o consumo de drogas) con las que pretende imitar a sus padre/madre u otras personas de su entorno familiar.

INDICADORES EN LOS PADRES/MADRES

- ➔ Las conductas que pueden incluir un modelo inadecuado para el niño pueden incluir: conductas delictivas, particularmente las que causan daño a los demás, el tráfico de drogas, el consumo de drogas, y comportamientos autodestructivos o violentos.
- ➔ El niño está frecuentemente en compañía o al cuidado de adultos conocidos de su padre/madre que manifiestan conductas antisociales o autodestructivas.

4. NEGLIGENCIA EMOCIONAL

“Falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño; y falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable”.

INDICADORES EN EL NIÑO/NIÑA

Los indicadores que se observan en el niño y que ayudan a detectar una negligencia física son los mismos que los indicadores de un maltrato físico. La principal diferencia entre estas dos manifestaciones del maltrato reside en el comportamiento de los padres: el maltrato físico implica una ACCIÓN, mientras que la negligencia física está más relacionada con la OMISIÓN.

TIPOS DE CONDUCTA QUE COMPRENDE EN LOS PADRES/MADRES

- ➔ **Ignorar:** Se refiere a aquellas situaciones en las que hay una ausencia total de disponibilidad de los padres hacia el niño, y cuando éstos se muestran **inaccesibles** e incapaces de responder a cualquier conducta del niño.
 - ♦ Falta de respuesta a las iniciativas de apego del niño (no devolución de sonrisas y vocalizaciones, no corresponder a sus abrazos...).
 - ♦ Padres que están preocupados por sí mismos y son incapaces de responder a las conductas del niño.
 - ♦ Frialidad y falta de afecto en el trato de los padres al niño.
 - ♦ No tener en cuenta al niño en las actividades familiares.
 - ♦ Fracaso en proteger al niño de las amenazas externas o en intervenir en favor de éste aún sabiendo que necesita ayuda. No ayudarlo a resolver sus problemas cuando lo solicita.
 - ♦ No estar pendiente de su evolución global.

- ♦ Renuncia por parte de los padres al rol parental y ausencia total de interés por el joven.
 - ♦ Rechazo a comentar las actividades e intereses del niño. Falta de participación en sus actividades diarias.
 - ♦ No mostrar interés por su evolución escolar.
 - ♦ Situar al niño como instrumento en las relaciones familiares conflictivas.
- ⇒ **Rechazo de atención psicológica:** Rechazo de los padres/tutores a iniciar un tratamiento de algún problema emocional o conductual del niño, existiendo acceso a un recurso de tratamiento que ha sido recomendado por profesionales competentes.
- ⇒ **Retraso en la atención psicológica:** Los padres/tutores no proporcionan o buscan ayuda psicológica para resolver una alteración emocional o conductual del niño ante una circunstancia extrema en la que es evidente la necesidad de ayuda profesional (p.ej., depresión severa, intento de suicidio).

Para poder definir la existencia de negligencia psíquica/emocional, (a) debe presentarse al menos una de las situaciones anteriores de manera reiterada y/o continua, y (b) su presencia ha de ser claramente perceptible.

NIVELES DE GRAVEDAD

- ⇒ **Leve:** Las conductas de negligencia psíquica no son frecuentes y/o su intensidad es leve. La situación emocional del niño no presenta secuelas negativas como consecuencia de dichas conductas.
- ⇒ **Moderado:** Las conductas de negligencia psíquica son frecuentes y generalizadas. Puede hablarse de una falta importante de atención al niño en momentos determinados y/o ante problemas concretos de éste; no obstante, hay aspectos positivos importantes en el trato y cuidado emocional que los padres proporcionan al niño. La situación emocional del niño ha recibido un daño significativo, teniendo dificultades para funcionar adaptativamente en varios de los roles normales para su edad.
- ⇒ **Severo:** Las conductas de negligencia psíquica son constantes y su intensidad elevada. El niño no tiene acceso emocional o de interacción a los padres. No existe una figura adulta dentro del ámbito familiar que compense los efectos negativos de esta negligencia. La situación emocional del niño presenta un daño severo y su desarrollo se encuentra seriamente comprometido. El niño necesita atención/tratamiento especializado.

5. ABUSO SEXUAL

Cualquier clase de contacto sexual de un adulto con un niño, donde el primero posee una posición de poder o autoridad sobre e/ niño.

El niño puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual”.

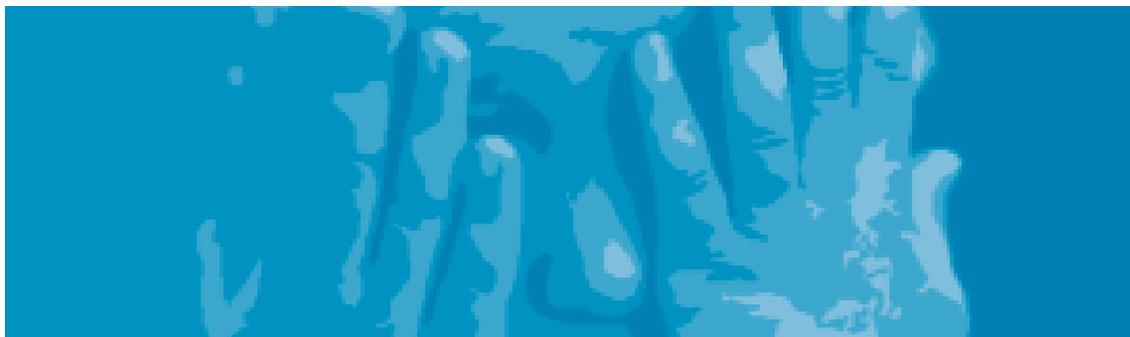
TIPOS DE CONDUCTA QUE COMPRENDE EN LOS PADRES/MADRES

⇒ *En función de la relación entre la víctima y el abusador:*

- ♦ Incesto: Contacto físico sexual protagonizado por una persona que mantiene una relación de consanguinidad lineal con el niño (padre, madre, abuelo, abuela) o por un hermano, tío o sobrino. También se incluye el caso en que el adulto esté cubriendo de manera estable el rol parental (por ejemplo, padres adoptivos, padrastro/madrastra).
- ♦ Violación: Contacto físico sexual protagonizado por cualquier persona adulta no incluida en el apartado anterior.

⇒ *En función de tipo de contacto sexual:*

- ♦ Abuso sexual sin contacto físico: Por ejemplo exhibicionismo, solicitudes al niño de implicarse en una actividad sexual sin contacto físico, enseñar y/o hablar con el niño acerca de material pornográfico.
- ♦ Abuso sexual con contacto físico: Por ejemplo tocar y acariciar los genitales del niño, coito, intentos de penetración vaginal, oral y/o anal.



INDICADORES EN EL NIÑO/NIÑA

Indicadores físicos

- ↻ Dificultad para andar y sentarse sin que existan causas orgánicas.
- ↻ Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- ↻ Se queja de dolor o picor en la zona genital y/o anal.
- ↻ Contusiones, fisuras o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal.
- ↻ Hematomas y/o erosiones leves en zonas genitales o sexuales (Ej. senos, labios) de carácter no accidental.
- ↻ Tiene una enfermedad de transmisión sexual.
- ↻ A la exploración clínica presenta inflamación en genitales, restos de semen, cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano.
- ↻ Micción dolorosa o infecciones repetidas del tracto urinario.
- ↻ Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia).
- ↻ Hematomas, escoriaciones en cara interna del muslo.
- ↻ Dolores abdominales, esfinterianos, etc que originan repetidas consultas médicas sin aclarar las causas.
- ↻ Desgarro del himen o ano. Lesiones o desgarros en la vulva, hinchada, enrojecida.
- ↻ Simula movimientos de coito o beso con lengua de manera reiterada.

Indicadores comportamentales

- ↻ Parece reservado, rechazante, o con fantasías o conductas infantiles.
- ↻ Dice que ha sido objeto de abuso sexual
- ↻ Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales.
- ↻ Hace preguntas infrecuentes de índole sexual.
- ↻ Evitación o miedo excesivo al sexo.
- ↻ Se masturba en público.
- ↻ Induce a otros niños a realizar actos sexuales.
- ↻ Agresión sexual a niños más pequeños.
- ↻ Terrores nocturnos (miedos, fobias, pesadillas).
- ↻ Baja autoestima.
- ↻ Enuresis, encopresis.
- ↻ Irracional miedo al examen físico. No quiere mostrarse desnudo o cambiarse en presencia de adultos.
- ↻ Somatizaciones, depresión, ansiedad.
- ↻ Conductas seductoras hacia los adultos, intenta tocar los genitales a un adulto.
- ↻ Miedo inexplicado al embarazo o el SIDA.
- ↻ Promiscuidad.
- ↻ Sexualización traumática (se puede observar a través de conductas, actitudes, dibujos).
- ↻ Comportamiento sumiso, de inferioridad, subestimación.
- ↻ Depresión, llantos inmotivados.
- ↻ Rechazo de actividades deportivas, sociales e higiénicas.

Especialmente en la adolescencia se puede observar:

- ↻ Conductas delictivas, agresivas o fugas del hogar.
- ↻ Conductas autoagresivas, tentativas de suicidio.
- ↻ Consumo de drogas o alcohol.
- ↻ Trastornos alimentarios: anorexia o bulimia.
- ↻ Dificultad de concentración, atención y memoria.
- ↻ Trastornos afectivos.

INDICADORES COMPORTAMENTALES EN LOS PADRES/MADRES

- ➔ Extremadamente protector o celoso del niño (control de las llamadas telefónicas, evitación de salidas, prohibición de actividades extraescolares).
- ➔ Utilización sexual del menor con beneficio económico de los padres, alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución.
- ➔ Abuso de drogas o alcohol.
- ➔ Favorece al niño con actitudes y regalos inapropiados.
- ➔ Familia aislada socialmente.

NIVELES DE GRAVEDAD

- ➔ **Leve:** Abuso sexual sin contacto físico, protagonizado por una persona ajena a la familia del niño, que ha tenido lugar en una sola ocasión, y donde el niño dispone del apoyo de sus padres/tutores.
- ➔ **Moderado:** Abuso sexual sin contacto físico, protagonizado por una persona ajena a la familia del niño, que ha tenido lugar en varias ocasiones, y donde el niño dispone del apoyo de sus padres/tutores.
- ➔ **Severo:** Incesto (con o sin contacto físico) y violación con contacto físico.

6. INCAPACIDAD PARENTAL DE CONTROL DE LA CONDUCTA INFANTIL/ADOLESCENTE

“La madre, padre o responsables legales hacen dejación de su responsabilidad de controlar y manejar de manera adaptativa el comportamiento de sus hijos/as o intentan hacerlo de manera notoriamente inadecuada y dañina para éstos/as”.

En muchos de estos casos, son los padres o responsables legales de los niños los que hacen directamente la demanda de ayuda a los servicios de infancia, solicitando en ocasiones la salida de su hijo o hija del domicilio familiar y su ingreso en un centro de protección de menores.

Este tipo de situaciones se producen de manera cada vez más frecuente. Por este motivo, el Observatorio de Infancia, adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, ha considerado conveniente incluirlas dentro de la tipología de maltrato infantil, ya que su consecuencia última puede ser la desprotección del niño, niña o adolescente.

7. ABANDONO

“Delegación total de los padres/tutores del cuidado del niño en otras personas, con desaparición física y desentendimiento completo de la compañía y cuidado del niño”.

NIVELES DE GRAVEDAD

⇒ Severo

8. RENUNCIA

“Negativa explícita a reconocer la paternidad/maternidad de la niña, niño o joven o negativa a poseer/mantener cualquier derecho legal sobre ésta/e”.

El ámbito sanitario, y en especial el hospitalario, es quien más atiende situaciones de renuncia, especialmente de niños recién nacidos. Por este motivo diferenciamos esta manifestación de la de abandono, que implica desentendimiento completo respecto al bienestar del menor.

9. MALTRATO PRENATAL

“Falta de cuidado por acción u omisión, del cuerpo de la futura madre, o autosuministro de drogas o sustancias que, de una manera consciente o inconsciente, perjudican al feto”.

INDICADORES EN EL NIÑO/NIÑA

- Síndrome de abstinencia neonatal.
- Trastornos neurológicos asociados a consumo de tóxicos de la madre durante el embarazo.
- Lesiones físicas o neurológicas graves derivadas de un inadecuado control médico durante el embarazo.

INDICADORES EN LOS PADRES/MADRES

- Descuido de los cuidados de higiene y alimentación necesarios.
- No asistencia de la madre a los controles médicos durante el embarazo o no cumplir las indicaciones médicas.
- Consumo de drogas durante el embarazo (tabaco, alcohol, cocaína, heroína, etc.).
- Consumo de fármacos con capacidad teratogena para el feto.
- Malos tratos a la madre durante la gestación.
- Rechazo manifiesto del embarazo.

NIVELES DE GRAVEDAD

- **Leve:** las conductas de negligencia o desatención en la gestación de la madre no son muy frecuentes y/o su intensidad es leve. La situación del niño no presenta secuelas negativas como consecuencia de dichas conductas.
- **Moderado:** las conductas de negligencia en los cuidados de la madre son frecuentes y generalizadas. Puede hablarse de una falta importante de atención a las necesidades de la gestación, no obstante, hay algunos aspectos positivos y no se aprecia una actitud deliberada de dañar al feto. Las consecuencias en el desarrollo del niño aunque puedan apreciarse, no se consideran graves.
- **Severo:** las conductas de negligencia en los cuidados de gestación son constantes y su intensidad elevada. La evolución o desarrollo del feto presenta un daño como consecuencia de esta situación y su desarrollo futuro se encuentra seriamente comprometido. El niño necesita atención o tratamiento especializado.

10. EXPLOTACIÓN LABORAL Y MENDICIDAD

“Los padres/tutores asignan al niño con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos (domésticos o no) que: (a) exceden los límites de lo habitual, (b) deberían ser realizados por adultos, (c) interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño, y (d) son asignados al niño con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los padres o la estructura familiar”.

NIVELES DE GRAVEDAD

- **Leve:** El niño es mayor de trece años, y la situación se produce únicamente durante algunos períodos de tiempo (recogida de productos naturales, por ejemplo) en los cuales se impide totalmente al niño la participación en actividades sociales y académicas necesarias según su período evolutivo. Las consecuencias negativas de esta situación (por ejemplo, retraso escolar) no son significativas o pueden ser fácilmente recuperables.
- **Moderado:** La situación se produce de manera temporal o constante, e impide claramente las actividades sociales y académicas necesarias al período evolutivo del niño.
- **Severo:** La situación se produce de manera constante e impide totalmente al niño la participación en actividades sociales y académicas necesarias a su período evolutivo.

Además del Examen Médico y Psicológico que nos permite observar la existencia de Indicadores tanto físicos como comportamentales, la determinación de una situación de maltrato infantil puede tener en cuenta:

- ♦ Historia: datos aportados por el propio niño, sus padres u otros profesionales (maestro, trabajador social, policía...)
- ♦ Pruebas Complementarias: tanto médicas (radiografías, análisis...) como psicológicas (test, entrevistas...), para confirmar o realizar un diagnóstico diferencial de otros procesos.
- ♦ Datos sociales: factores de riesgo, que pueden estar presentes y actuar como inhibidores o facilitadores de la existencia del maltrato infantil, y que orientan en la toma de decisiones y en la intervención.

Además de los indicadores señalados para cada tipología de maltrato, se destacan a continuación aquellos que se pueden observar de forma más habitual en el ámbito sanitario:

Indicadores del niño	Indicadores de los padres/madres
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Cicatrices, heridas, quemaduras que aparecen repetidamente o que en la exploración observamos que están en distinta fase evolutiva. ♦ Dolores recurrente a los que no se encuentra causa evidente (somatizaciones). ♦ Ausencia de los cuidados médicos básicos. ♦ Comentarios del niño sobre falta de cuidados, de alimentación, etc. ♦ Niños que están sucios, con falta de higiene corporal, vestidos inadecuadamente en atención a la climatología. ♦ Pudor inexplicable en la exploración física, sobre todo en la genital. Miedo irracional a la exploración. ♦ Durante la exploración, demostración de conocimientos inapropiados para su edad o conducta sexual explícita. ♦ Actitud excesivamente vigilante. ♦ Excesiva facilidad para adaptarse a la hospitalización. Hospitalismo inverso: el niño, antes retraído y taciturno durante el ingreso cambia y se muestra cariñoso, alegre, y con aparición de juego espontáneo. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Padres que imposibilitan el conocimiento de la vida familiar. ♦ Los datos que aportan a la anamnesis son confusos, vagos o se contradicen. ♦ Que ocultan traumatismos previos y que luego se constatan a través de rayos X. ♦ Impedimentos por parte de los padres para desvestir o examinar al niño. ♦ Que no cumplen los tratamientos prescritos al niño. El seguimiento de las patologías tanto agudas como crónicas es inadecuado. ♦ No acuden a las citas médicas. ♦ Cuando el menor es hospitalizado se le abandona en el centro sin causa justificada, las visitas al menor son infrecuentes y cortas. ♦ En el momento del alta no aparecen los padres. ♦ En ocasiones se insiste en el ingreso del niño sin motivo médico. ♦ Presencia repetida del niño y su familia en el centro de salud u hospital, aparentemente sin justificación. ♦ Consultas sin motivos. ♦ Incapacidad o negativa a aportar informes de ingresos previos. ♦ Asistencia continuada a distintos centros sanitarios. ♦ Ingresos múltiples en el mismo o distintos hospitales. ♦ Retraso en acudir a los servicios sanitarios.

3.2 PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

La prevención del maltrato permite tratar de manera temprana un contexto problemático y, así, evitar que se produzcan o se cronifiquen situaciones de abuso o negligencia hacia los niños.

Los servicios sanitarios constituyen uno de los entornos donde mejor se pueden desarrollar actuaciones de carácter preventivo. Todas las familias acuden, con diferente regularidad, a los servicios sanitarios. Incluso antes de que se produzca el nacimiento de sus hijos. Por ello, el profesional sanitario tiene capacidad para intervenir mediante actuaciones de prevención.

En función de los objetivos específicos que se pretenden alcanzar y de la población a la que se dirigen las actuaciones, se distinguen 3 niveles en la prevención: primaria, secundaria y terciaria.

Cuando se detecta una señal de alerta, se deben aumentar los controles de salud y las visitas para realizar una educación sanitaria y controlar los cuidados que la familia proporciona al niño.

PREVENCIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA

Teniendo como marco de actuación el maltrato infantil, hablaremos de Prevención Primaria con el objetivo de la mejora de la calidad de vida de la infancia, evitando la existencia de situaciones sociales, actitudes, formas de relación social, familiar y económica que puedan perjudicar a este bienestar. Son, por ello, actuaciones generales cuyo fin es incidir sobre un amplio abanico de población.

Los servicios sanitarios deben intervenir para eliminar aquellos factores de riesgo que pueden facilitar la aparición del maltrato infantil, y sobre los cuales tienen posibilidad real de actuar: embarazos no deseados, falta de conocimientos y educación sobre maternidad/paternidad responsable, desconocimiento de las necesidades afectivas, nutricionales e higiénicas de los niños, etc.

De todos modos y aunque la prevención primaria es importante y efectiva a largo plazo, no puede actuar ante todas las situaciones de riesgo y, por tanto, evitar que aparezca el maltrato.

Así, hablaremos de Prevención Secundaria en relación a aquellas actuaciones que se desarrollan con el objetivo de detectar e informar sobre la existencia de grupos sociales, familias o personas que por sus características o circunstancias tienen un alto riesgo de manifestar conductas maltratadoras hacia los niños. Por ello y una vez detectados estos grupos de riesgo, se debe intervenir coordinadamente con los servicios sociales para modificar aquellos factores que favorecen la aparición del maltrato.

Finalmente, hablaremos de Prevención Terciaria para referirnos a aquellas actuaciones iniciadas después de haberse producido el maltrato, y cuyo objetivo es evitar la reaparición del mismo así como sus consecuencias negativas. La intervención sanitaria no debe limitarse solamente a tratar los síntomas y lesiones, sino que debe actuar teniendo en cuenta la globalidad de las personas como seres bio-psico-sociales.

3.3 DETECCIÓN DE MALTRATO INFANTIL

Detectar significa reconocer o identificar la existencia de una posible situación de maltrato infantil.

La detección y posterior notificación constituyen la primera condición para poder intervenir en casos de maltrato infantil, posibilitando así la ayuda a la familia y al niño que padece esta situación.

Cuanto antes se detecte la situación de riesgo o maltrato, mejores serán los resultados en la intervención que posteriormente se realice.

Los profesionales deben tener en cuenta los indicadores, síntomas y pruebas médicas que se requieren para determinar la existencia de un maltrato infantil.

Debemos tener en cuenta que algunas familias de nuestro entorno tienen costumbres, hábitos culturales y creencias religiosas diferentes. Aunque debemos ser respetuosos con estas diferencias, es preciso valorar de qué manera pueden estar influenciando o determinando la atención que reciben sus hijos. Todos los niños, sin importar su origen, religión o cultura, necesitan unos requisitos mínimos de cuidado, atención y buen trato...

3.4 EL CONCEPTO DE URGENCIA EN LA PROTECCIÓN DE MALTRATO INFANTIL

En cualquier momento de la atención sanitaria prestada al menor, puede ocurrir que se observen hechos o se recojan datos que lleven al profesional a plantearse la necesidad de una actuación protectora de urgencia. Y esto, al margen del nivel de gravedad valorado en la situación.

Para que una situación se considere URGENTE se deben dar los siguientes criterios :

➔ **Que la salud o seguridad básicas del niño se encuentren seria y directamente amenazadas como consecuencia de la acción u omisión de los padres o cuidadores.**

Y/O

➔ **Que no exista una figura familiar o de apego que pueda hacerse cargo o proteger al menor.**

Hay que tener en cuenta que no toda situación GRAVE conlleva la necesidad de una actuación URGENTE.

La **valoración de la gravedad de un maltrato** se puede definir por:

- ♦ La cercanía del incidente que ha provocado el maltrato.
- ♦ Los efectos del maltrato en el niño.
- ♦ Si se trata de un hecho aislado o de una situación repetida.
- ♦ La posibilidad de autoprotección del propio niño o lo que es lo mismo, la existencia de factores de vulnerabilidad tales como:
 - La corta edad del niño.
 - Las limitaciones personales (disminución física y/o psíquica)
- ♦ La inexistencia de factores protectores externos:
 - Inexistencia de adultos cercanos que puedan protegerlo o que tengan capacidad para ello.
 - Dificultad de acceso del niño a recursos sociales, bien por la limitación que implica su edad, bien por la prohibición de los cuidadores de acceder a ellos.

Toda situación o sospecha de maltrato requiere una actuación inmediata del profesional pero sólo en las situaciones URGENTES se requiere una protección inmediata del menor.

Las situaciones URGENTES se derivarán al Servicio Especializado de Menores, que es quién podrá intervenir adecuadamente en la protección del menor.

En caso de duda acerca de la urgencia de la situación, se puede realizar una consulta al teléfono de Información y Atención a la Infancia: 901 111 110 (24h).





IV. MARCO LEGISLATIVO

IV. MARCO LEGISLATIVO

4.1 **NORMATIVA BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE MENORES**

4.2 **ESPECIAL REFERENCIA AL ÁMBITO SANITARIO**

4.1 NORMATIVA BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE MENORES

Además de existir razones sociales y éticas que nos hacen responsables a todos los ciudadanos en la protección infantil, existen razones legales que establecen el deber y la obligación de detectar y comunicar cualquier situación que afecte al bienestar de los menores. A este respecto, la legislación indica que:

NORMATIVA INTERNACIONAL

Tanto la "Declaración de los Derechos del Niño de 1959", como la "Convención de los Derechos del Niño de 1989" y la "Carta Europea de los Derechos del Niño de 1992", contemplan el derecho de los niños a ser protegidos contra toda forma de abandono, crueldad y explotación, reafirmando la necesidad de proporcionarles cuidado y asistencia especiales por razón de su vulnerabilidad.

NORMATIVA ESTATAL

De entre las diferentes leyes que señalan la obligatoriedad de todo ciudadano de poner en conocimiento de la autoridad competente la existencia de delitos, cabe destacar la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, que en su artículo 13 menciona que todos los ciudadanos, y especialmente los que por su profesión o función detecten una situación de riesgo o posible desamparo, están obligados a comunicarlo a la autoridad o agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.

Asimismo, los diferentes Códigos Deontológicos y de Ética Profesional contemplan la obligación de intervenir ante los casos de maltrato infantil que se observen en el ejercicio del rol profesional.

Por otra parte y una vez puesto en conocimiento de la autoridad competente, la Ley 21/1987 de 11 de noviembre, de Modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en su artículo 172 encomienda a la entidad pública la protección de los menores cuando constate que un menor se encuentra en situación de desamparo, debiendo adoptar la medidas necesarias para su guarda.

Finalmente, la Ley General de Sanidad de 14 de abril 1986, en su artículo 8.1 reconoce, en general, la importancia del conocimiento epidemiológico de los problemas que tienen implicaciones en salud, entre los que se pueden considerar el maltrato infantil.

NORMATIVA AUTONÓMICA

A nivel autonómico, la Ley 12/2001 de 2 de julio de la Infancia y Adolescencia en Aragón expone en su capítulo IV el derecho de niños y adolescentes a la protección de la salud.

En el Decreto 4/2005 de 11 de Enero se desarrollan las transferencias de funciones y trasposos de servicios de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón a las Comarcas.

El Decreto 79/95, de 11 de Abril de la Diputación General de Aragón, regula la declaración de desamparo.

El 26 de Septiembre de 2005 se aprueba el Decreto 188/05, por el que se regula el Reglamento del procedimiento administrativo previo a la adopción nacional e internacional de menores.

4.2 ESPECIAL REFERENCIA AL ÁMBITO SANITARIO

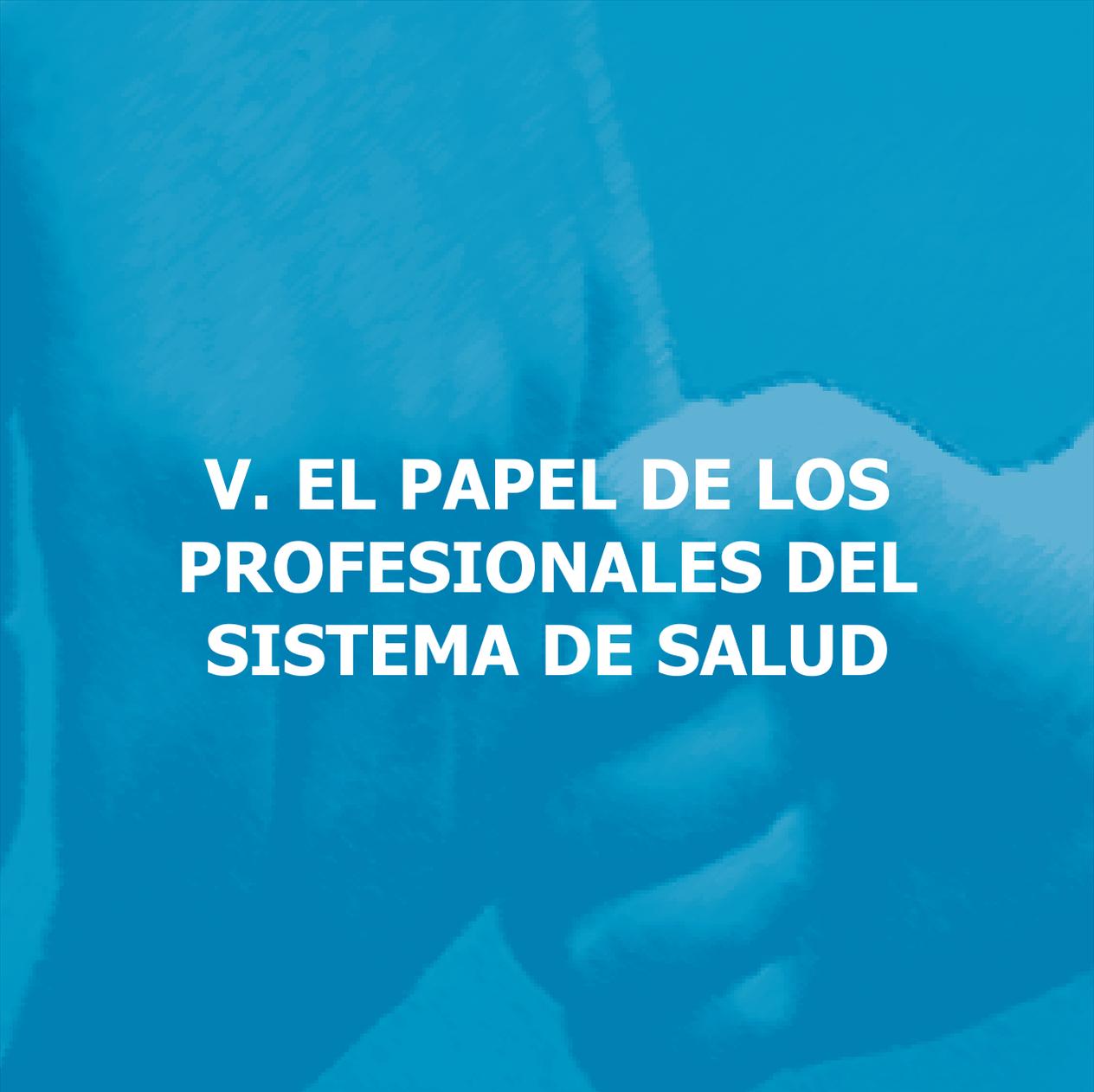
El artículo 35 de la mencionada Ley 12/2001, de 2 de julio de la infancia y la adolescencia en Aragón dice textualmente:

"Artículo 35.- Colaboración con las instituciones protectoras.

1. Los niños y adolescentes que sufran malos tratos físicos o psíquicos en el seno de su familia, institución o entorno recibirán protección especial de carácter sanitario, asistencial y urgente, según requiera cada caso específico.

2. Los responsables de los servicios y centros sanitarios y el personal sanitario de los mismos están especialmente obligados a poner, con carácter de urgencia, en conocimiento del organismo público competente de la Administración de la Comunidad Autónoma aquellos hechos o indicadores que puedan suponer la existencia de una situación de riesgo o desamparo, así como a colaborar con el mismo para evitar y resolver tales situaciones. En los casos en que las medidas de mediación consideradas oportunas fracasen y persista la situación de riesgo o desamparo, la Administración de la Comunidad Autónoma lo comunicará al Ministerio Fiscal y a la autoridad judicial.

3. La Administración de la Comunidad Autónoma promoverá la colaboración entre las instituciones sanitarias y las instituciones de protección de menores a los efectos de facilitar la detección, derivación, prevención y tratamiento de las situaciones de riesgo y malos tratos".



V. EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA DE SALUD

V. EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA DE SALUD

5.1 QUÉ HACER

5.1.a CONSIDERACIONES GENERALES

5.1.b QUÉ HACER DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

5.1.c QUÉ HACER DESDE EL ÁMBITO HOSPITALARIO

5.1.d RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS SOBRE EL ABUSO SEXUAL

5.2 CÓMO HACER

5.2.a CÓMO DIRIGIRSE A LOS NIÑOS Y A LAS FAMILIAS

5.2.b ALGUNAS TÉCNICAS DE ACTUACIÓN PARA EL ABORDAJE DEL MALTRATO INFANTIL

5.1 ¿QUÉ HACER?

5.1.a CONSIDERACIONES GENERALES

La detección de una situación de maltrato infantil es un proceso complejo que suscita dudas e interrogantes en el profesional sanitario.

No es fácil detectar el maltrato infantil, tampoco es fácil la intervención. Sin embargo, cuanto antes se detecte la situación de Maltrato Infantil, mejores serán los resultados de la actuación que posteriormente se realice. En muy pocos casos se tiene la certeza de una situación de maltrato y en un número menor de situaciones se piensa en el daño o perjuicio añadido que se puede causar al niño y/o a su familia con nuestra intervención.

En este apartado, y siendo conscientes de la complejidad y dificultad, no pretendemos dar respuestas exactas. No las hay. Pero sí se pretende orientar al profesional sanitario en el qué hacer y en el cómo hacer cuando se ve confrontado en su práctica profesional con este tipo de situaciones.

A modo de recordatorio de los capítulos previos, se presentan a continuación algunas de las orientaciones que podemos enmarcar en "una buena práctica" dentro de este tema.

1. MITOS E INTERROGANTES MÁS COMUNES SOBRE EL MALTRATO INFANTIL:

- ➔ Tener dudas e interrogantes ante la presencia de una situación de maltrato infantil es algo normal. Lo importante es **no obviar la situación** y buscar el soporte necesario para intervenir.
- ➔ En este sentido es importante **pensar la intervención desde una perspectiva de equipo interdisciplinar** siempre que esto sea posible. Cuando no lo sea, buscar el apoyo y orientación de profesionales cercanos o responsables directos.
- ➔ **La protección al niño/adolescente ante una situación de maltrato es "cosa de todos"**, Los profesionales del ámbito sanitario tienen mucho que decir y hacer en este tema. La ley de infancia y adolescencia de Aragón en su artículo 35 habla de la colaboración entre instituciones en la detección, notificación e intervención ante el maltrato infantil.
- ➔ Una barrera que se le presenta al profesional ante una situación de maltrato es el miedo que le suscita el pensar que la familia va a enterarse de que es él el que ha realizado la notificación a los servicios de protección. En este sentido, el mismo art. 50 de la mencionada ley habla de la **reserva de anonimato del profesional que realiza la notificación**.

- ⇒ Es importante pensar en el maltrato infantil como en un problema complejo que requiere sobre todo de intervención profesional. **Pensar el maltrato infantil como algo imposible de modificar y como un comportamiento a castigar coloca al profesional en una actitud de enfrentamiento y agresividad frente a la familia.**
- ⇒ Un fenómeno nuevo que dificulta aún más la detección e intervención del maltrato infantil es el fenómeno de la **inmigración. El profesional debe contextualizar los cuidados y la atención al niño/adolescente teniendo en cuenta aspectos culturales y propios de las sociedades de procedencia.**

2. COMO ENTENDER EL MALTRATO INFANTIL Y SU ABORDAJE:

- ⇒ **Intervenir no es sinónimo de derivar.** La intervención conlleva la implicación técnica del profesional, quién de forma coordinada e interdisciplinar colaborará para reducir y/o evitar el maltrato, y en su caso, proteger al menor de una situación perjudicial para su salud física y emocional. Intervenir no debe asociarse unilateralmente con derivar al niño de un sitio a otro y someterlo a exploraciones y valoraciones excesivas.
- ⇒ **La emisión del parte de lesiones no es la única intervención a realizar ante la detección de una situación de maltrato infantil.** El parte de lesiones inicia o puede iniciar un expediente judicial para promover acciones penales contra el agresor. La protección de la víctima, del niño, es responsabilidad de todos los sistemas de protección y de forma especializada, de los Servicios de Protección a la Infancia.
- ⇒ **Hablar con el niño, escucharlo y tener en cuenta su opinión** y sus deseos suele ser orientador a la hora de intervenir y tomar decisiones.
- ⇒ **Intervenir por él, pero sin contar con él,** puede generar en el niño/adolescente **desconfianza** hacia los adultos y/o los profesionales.
- ⇒ Es importante tener presente que, en la mayoría de los casos de maltrato infantil, los agresores suelen ser los padres y que **el niño se ve inmerso en un conflicto de lealtades y deseos entre el malestar que le provoca el maltrato y el afecto que siente por sus padres.** No es fácil aceptar y asumir que se está siendo maltratado por los padres.
- ⇒ Ante una sospecha de maltrato, hay que **evitar toda actuación precipitada.** La interconsulta con otros profesionales implicados puede ayudar a esclarecer dudas. Siempre debe notificarse la situación a los servicios competentes.
- ⇒ Nuestra Comunidad Autónoma dispone de unos Servicios Sociales Comunitarios y de un Servicio Especializado de Protección de Menores. Hay 98 Centros de **Servicios Sociales Comunitarios** distribuidos en las tres provincias. Son la puerta de entrada al conjunto de recursos del sistema, ofrecen una atención directa e inmediata a través de Programas de Intervención propios, o bien derivando y orientando hacia los Servicios Especializados cuando se valora necesario. El **Servicio Especializado de Menores** cuenta con tres unidades descentralizadas en las tres provincias. Estos servicios disponen de profesionales especializados en la detección e intervención del maltrato infantil y **podrán ofrecer orientación y asesoramiento a los profesionales del ámbito sanitario que lo requieran.**

5.1.b QUÉ HACER DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Los Centros de Atención Primaria son, dentro de los dispositivos asistenciales del Sistema Sanitario, los que ocupan un lugar privilegiado en la detección e intervención del maltrato infantil.

Algunas de las características de los Centros de Atención Primaria que favorecen esta posición son:

- ➔ Se trata de dispositivos cercanos a la población que atienden: están insertos en la comunidad.
- ➔ Proporcionan una asistencia sanitaria a lo largo de todas las etapas de la vida que posibilitan un mayor conocimiento por parte del profesional del niño/adolescente y de su familia.
- ➔ Tienen una concepción de la salud desde una perspectiva integral: preventiva, asistencial y rehabilitadora.
- ➔ En cuanto a la prevención, los Centros de Atención Primaria pueden llevar a cabo actividades de tipo informativo, educativo y de control, bien dirigidas a la población en general o a los grupos o familias donde se ha observado riesgo de que se desarrollen conductas maltratantes. Algunos ejemplos de estas actividades son los programas de nutrición, de vacunaciones o las visitas domiciliarias. Estas actividades constituyen un buen espacio para informar a los padres sobre aspectos como las necesidades afectivas, nutricionales e higiénicas del niño, o sobre su evolución madurativa y de comportamiento.
- ➔ Los profesionales tienen una posición privilegiada para detectar manifestaciones clínicas que repercuten sobretodo en el crecimiento, maduración y estado emocional del niño. La pauta de visitas de control pediátrico permite establecer un contacto cercano con el niño y su familia, y observar negligencias en los cuidados que, en otro servicio, podrían pasar desapercibidas.
- ➔ Cuentan con Equipos Interdisciplinares. Hay que matizar que no siempre es así en las zonas rurales, en las que la figura del trabajador social, o no está incluida dentro de los equipos, o realiza su actividad profesional en diversos Centros de Atención Primaria. Esta figura puede suplirse en esos casos con la petición de colaboración de los trabajadores sociales de los Servicios Sociales Comarcales.
- ➔ Sobre ellos pivota el circuito asistencial: el paciente siempre vuelve a los Centros de Atención Primaria.
- ➔ Su cometido asistencial y su estructuración funcional favorecen y propician el trabajo en coordinación con otros Servicios Comunitarios.

La detección e intervención del maltrato infantil desde los Centros de Atención Primaria de Salud se puede articular sobre:

- I.** La detección de **Factores de Riesgo**: No existe una situación de maltrato sino factores personales y/o socio-familiares que pueden precipitar la situación de maltrato.
- II.** La detección de **Señales de Alerta**: El niño o el adolescente está afectado, existe sintomatología que requiere intervención. Es importante valorar si los síntomas son resultado de una situación de maltrato.
- III.** La detección de **Indicadores de Maltrato Infantil**: Existen signos de maltrato infantil.

Las intervenciones y decisiones profesionales serán diferentes para cada uno de ellos y por tanto, es necesaria su concreción a través de flujos de decisión y desarrollo de procedimientos de intervención específicos, como se muestra en los Árboles de Decisión 1, 2 y 3.

5.1.c QUÉ HACER DESDE EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Las características básicas de la estructura hospitalaria con relación al tema que nos ocupa, la prevención, detección e intervención en casos de maltrato infantil desde el ámbito sanitario, son las siguientes:

- ➔ El tiempo de permanencia limitado del niño/adolescente y su familia en el dispositivo.
- ➔ La diversidad de unidades funcionales que lo componen y que requieren que sean contempladas con sus particularidades y características concretas.

Las unidades funcionales que se han considerado básicas para la detección e intervención del maltrato infantil dentro del ámbito hospitalario son:

- ♦ Los servicios de urgencia
- ♦ La hospitalización
- ♦ Las consultas

1. LOS SERVICIOS DE URGENCIA

Por sus especiales características (no conocer la trayectoria del niño ni realizar generalmente seguimientos médicos), los Servicios de Urgencias pueden tener mayores dificultades en la **prevención**. Sin embargo, sí pueden actuar con el máximo cuidado para prevenir el incremento del estrés familiar en ese momento:

- ➔ Favoreciendo que el niño permanezca siempre junto a sus padres.
- ➔ Conteniendo su ansiedad.
- ➔ Cuidando la no utilización de técnicas exploratorias que puedan ser vividas como agresivas por el niño.
- ➔ Informando claramente del estado de salud y su evolución.
- ➔ Observando aspectos como la relación niño/padres y la actitud de éstos frente a los síntomas y al personal sanitario.

En cuanto a la **detección**, en los Servicios de Urgencias, el profesional debe estar alerta y contemplar la posibilidad de que el suceso se haya podido dar de manera intencionada por parte de los padres o tutores del niño.

2. LA HOSPITALIZACIÓN

En lo que respecta a la **prevención**, las Unidades Hospitalarias, deben prestar atención al distanciamiento entre el niño y su familia, evitando estancias prolongadas, aislamientos no justificados, pruebas diagnósticas y terapéuticas no imprescindibles y agresivas. Asimismo y en las hospitalizaciones de larga estancia, deben tener en cuenta aspectos como el derecho del niño al mantenimiento de su formación escolar, o a disponer de libros, medios audiovisuales y juguetes adecuados a su edad, evitándole una ruptura mayor con su proceso evolutivo y actividades cotidianas (según proclama la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado).

Los profesionales de enfermería son quienes más tiempo permanecen junto al niño y su familia. Esto les permite observar la relación padres / hijo, el tiempo que permanecen con él, los cambios de conducta del niño ante la presencia de su familia, etc. Por ello, tienen una especial oportunidad de **detectar** el maltrato y la negligencia de tipo psicológico, así como el maltrato por Síndrome de Münchausen, más difícilmente observables desde otros servicios.

La hospitalización permite, además de atender los síntomas, proteger al niño y realizar un diagnóstico diferencial (especialmente en los casos citados).

3. LAS CONSULTAS

La **prevención** de situaciones de maltrato infantil puede trabajarse en las consultas de la siguiente forma:

- ➔ Los Servicios de Neonatología constituyen un espacio privilegiado para observar la adaptación de los padres a la nueva situación. Desde ellos se puede estimular el contacto padres/hijos y su vinculación afectiva.
- ➔ Desde las Unidades de Salud Mental se pueden abordar temas como la promoción del contacto padres/hijos, la resolución de conflictos, la reflexión sobre los estilos educativos de los padres o la inadecuada utilización del castigo, que favorezcan la mejora en las relaciones familiares.
- ➔ En cuanto a las Consultas de Toco-Ginecología, tienen un papel fundamental en su prevención, puesto que el periodo de embarazo, parto y puerperio permite a ginecólogos, tocólogos y comadronas detectar precozmente factores o situaciones de riesgo. Así, pueden facilitar información a los padres sobre características madurativas del niño, lactancia materna, necesidades del niño o recursos sociales y sanitarios a su alcance.

**Todas estas actuaciones promueven el buen trato
a los niños y a sus familias.**

Si hablamos de detección, se pueden hacer las siguientes consideraciones:

- Las Unidades de Salud Mental desarrollan un papel importante en la detección. Detrás de los problemas de conducta o emocionales que presentan los niños derivados a estos servicios, puede existir una dificultad familiar o un maltrato que el profesional debe analizar. Asimismo, es muy importante que detecten si las familias de los niños que sufren maltrato padecen problemas psicopatológicos o de salud mental, que son causa de incapacidad o limitación para atender a sus hijos y asumir sus responsabilidades parentales.
- A nivel general, en las Consultas de Toco-Ginecología y posteriormente en los Servicios de Neonatología, los hábitos tóxicos y la falta de cuidados de la madre pueden ser observados como indicadores de maltrato prenatal o periodo neonatal inmediato, así como dar lugar a negligencias en los cuidados del recién nacido.

Además de lo anterior, la idea básica de dar continuidad a la asistencia propiciando y fortaleciendo la interconexión con atención primaria de salud han sido claves a la hora de elaborar los árboles de decisiones y los procedimientos específicos de intervención dentro de la red hospitalaria.

I. Los servicios de urgencia:

I.1. Detección de factores de riesgo y/o señales de alerta. Ver Árbol de Decisión 4.

I.2. Detección de indicadores de maltrato. Ver Árbol de Decisión 5.

II. La hospitalización:

II.1. Detección de factores de riesgo y/o señales de alerta. Ver Árbol de Decisión 6.

II.2. Detección de indicadores de maltrato. Ver Árbol de Decisión 7.

III. Las consultas: éstas quedan asimiladas a Atención Primaria en lo relativo a las intervenciones y decisiones de los profesionales sanitarios respecto al tema del maltrato infantil.

5.1.d RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS SOBRE ABUSO SEXUAL

Bajo la tipología de abuso sexual infantil, definido como "cualquier clase de contacto sexual de un adulto con un niño, donde el primero posee una posición de poder o autoridad sobre éste", se incluye una amplia gama de situaciones que van desde enseñar y/o hablar con el niño acerca de material pornográfico hasta la agresión sexual. Por tanto, el abuso sexual, es muy diverso y variado y esto implica una intervención adaptada a esta diversidad.

La agresión sexual a un niño, como el incidente más grave del abuso sexual infantil, puede darse dentro del

entorno familiar del propio niño o fuera de él. En el primer supuesto estaríamos hablando de **maltrato infantil intrafamiliar** (el agresor es un adulto del entorno familiar del niño.) En el segundo, de **maltrato infantil extrafamiliar** (el abusador no es miembro de la familia).

Es importante tener en cuenta la temporalidad del incidente. Si se relatan incidentes de abuso sexual pasados o si se constata a través de las exploraciones médicas signos / indicadores de agresión sexual reciente que pueden ser apoyadas por el relato y verificación del propio niño / adolescente.

Cualquier situación de abuso sexual infantil supone un incidente traumático para el niño, adolescente que se acentuará en función de la gravedad del mismo. El abuso sexual y sobretodo, la agresión sexual implican la necesidad de atención terapéutica al niño, adolescente para frenar y apaciguar los efectos de ese hecho traumático.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:

- ➔ Sólo los casos de agresión sexual recientes (menos de 72 horas) que requieran de una exploración especializada o de extracción de pruebas, serán remitidos a la Red Hospitalaria.
- ➔ El abuso sexual se considerará maltrato intrafamiliar si el agresor es un adulto del entorno familiar del niño. En éste caso, habrá que notificar la situación de maltrato infantil a los Servicios Sociales.
- ➔ El personal sanitario debe valorar la necesidad de intervención terapéutica (Servicio de Salud Mental Infanto Juvenil) tanto si el incidente fue pasado como si es reciente, cuando se constate que el niño, adolescente está afectado por la experiencia traumática vivida.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA PROFESIONALES SANITARIOS DE LA RED HOSPITALARIA DE SALUD:

- ➔ Los dos últimos puntos que se señalan para la Red Primaria serán de igual aplicación para la Red Hospitalaria.
- ➔ El personal sanitario podrá demandar al Juzgado la presencia del Forense para complementar la exploración realizada al niño / adolescente siempre que la agresión sexual se haya producido en un tiempo inferior a 72 horas.

5.1.e RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS SOBRE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Los servicios sanitarios son un lugar privilegiado para detectar y prevenir casos de mutilación genital femenina en niñas. El Gobierno de Aragón, a través de la Comisión Interdisciplinar para la prevención de la Mutilación Genital Femenina, ha elaborado una Guía de prevención de la mutilación genital femenina, en la que se describen sus características, sus efectos físicos y psicológicos y una serie de indicaciones para su prevención y su detección. En esta comisión han participado la Oficina para la Inmigración, el IAM, el IASS, el Departamento de Educación, Cultura y Deporte, el CAREI y el SAMI.

5.2 ¿CÓMO HACER?

5.2.a CÓMO DIRIGIRSE A LOS NIÑOS Y A LAS FAMILIAS

Además de todo el procedimiento que a nivel institucional debe conocer y llevar a cabo el profesional sanitario cuando detecta una situación de maltrato infantil, otro aspecto de no menor importancia y que a menudo genera angustia es ¿Cómo debo abordar esta situación con la familia y con el niño?.

Algunos puntos importantes que le pueden ayudar a planificar esta actuación y aportar seguridad son:

1. Determinar qué profesional hablará con el niño y con su familia.
2. Cómo debe dirigirse a los padres.
3. Cómo debe dirigirse a los niños.
4. Tomar conciencia de otros aspectos.

Por otra parte, es fácil imaginar que nuestra intervención pueda ser vivida como una agresión por parte de la familia, ya que supone una intromisión en su esfera privada. Por ello, hay que tener en cuenta la posibilidad de que la familia adopte alguna de las siguientes actitudes:

- ➔ Negar la existencia de problemas en la familia.
- ➔ Minimizar la gravedad del maltrato, o negar que éste vaya a continuar.
- ➔ Intentar desviar la atención hacia otros problemas.
- ➔ Reaccionar con gran enfado (de manera negativa) hacia el profesional.

La actitud y actuación del profesional sanitario es de vital importancia, puesto que supone un primer eslabón para la posterior intervención de otros profesionales. Por ello, es importante crear con la familia una relación de confianza y apoyo.

1. QUÉ PROFESIONAL HABLARÁ CON EL NIÑO Y CON SU FAMILIA

El momento de dirigirse a unos padres que han actuado con negligencia en el cuidado de su hijo o al que le han causado un maltrato, supone un alto nivel de estrés para el profesional. Aunque es responsabilidad de todos actuar ante esta situación, es importante valorar primero:

- ➔ Si el profesional se siente capacitado para poder hablar con este niño y con sus padres.
- ➔ Sopesar los pros y contras de quien debe llevar a cabo esta actuación.

Así, hay que plantearse que, si es el propio profesional de atención directa quien habla con la familia, puede a posteriori tener dificultad para seguir actuando con ella en el cuidado y atención de su salud, puesto que la familia puede oponerse a tenerle como profesional de referencia. Esto puede ser importante, por ejemplo, en caso de tratarse del pediatra o profesional de enfermería del Centro de Salud, y debe ser conocido por los responsables de ese servicio.

Por ello, puede valorarse la posibilidad de que dicha comunicación la efectúe el coordinador del Servicio o del equipo, y de este modo preservar la posterior intervención del profesional de atención directa.

Asimismo, es importante tener en cuenta que existen profesionales especializados, como el trabajador social, que pueden hablar con el niño y con sus padres, y que pueden ayudar al profesional sanitario en esta actuación. Cada servicio, en función de los miembros que lo componen, deberá organizar esta comunicación.

2. CÓMO DIRIGIRSE A LOS PADRES/MADRES

El primer paradigma que debería guiar la intervención de cualquier profesional se fundamenta en tratar a la familia con el mayor respeto posible, entendiendo que no se trata de delimitar entre víctimas y agresores, buenos y malos, sino que se debe ofrecer ayuda tanto al niño o adolescente como a su familia.

Esta idea, a priori sencilla, no es siempre fácilmente aplicable, puesto que el hecho de encontrarse ante una situación de maltrato favorece la rápida asignación de roles. Se añade a ello la posición de "autoridad" y "competencia" que conlleva el ejercicio del rol profesional. Por ello, y como se comentaba anteriormente, es importante hacer revisión de las propias actitudes tanto personales como profesionales a la hora de abordar estas situaciones, de modo que nos facilite el posicionamiento objetivo ante la familia y el niño.

Cuando la familia reconoce alguna de sus dificultades, suele existir latente un deseo de cambio. De todos modos, el hecho de que la familia no pida ayuda no significa que sus miembros no sufran por la situación que viven y que no deseen modificarla.

* *Cómo hablar con los padres/madres:*

- ➔ Presentarse de manera honesta y comunicando el motivo de la entrevista.
- ➔ A continuación, hablar de lo que se ha visto y sentido, del sufrimiento y perjuicio tanto para el niño como para los padres, y de la necesidad de ayuda y cambio.
- ➔ Mostrar interés por conocer cuál es su visión del problema. Escuchar sus explicaciones, sus quejas, sus preocupaciones, e intentar comprenderlas, sin quitar importancia a los hechos y a las consecuencias que puedan resultar.
- ➔ Mostrarse directo y profesional, a la vez que demostrar empatía.
- ➔ Transmitirles que nosotros estamos "en el mismo barco", que al igual que ellos, nuestro interés es atender y proteger a los niños y que vamos a ayudarlos en esta tarea.
- ➔ No tratar de probar la desprotección o el maltrato con acusaciones o enfrentándose a ellos, evitar culpabilizarlos.
- ➔ No hacer de la entrevista un interrogatorio: permitir a los padres admitir, explicar o negar las alegaciones, y dejarles proporcionar información que demuestre sus argumentos.
- ➔ No solicitar información sobre aspectos familiares que no estén relacionados con la situación específica.
- ➔ Explicar las acciones que se van a llevar a cabo.
- ➔ Preparar a los padres para la finalización de la entrevista, disminuyendo progresivamente su intensidad y pasando de los temas más personales a cuestiones más impersonales.
- ➔ Se debe tratar de finalizar de la manera más positiva posible.

3. CÓMO DIRIGIRSE A LOS NIÑOS

El profesional sanitario debe tener en cuenta que, si quiere ayudar y proteger al niño, debe ayudar a su familia, puesto que todos precisan de su atención. Tratando a la familia con respeto y desde una actitud de apoyo, se ayuda al niño a reducir su ansiedad.

Con frecuencia, estos niños se sienten culpables y temen las consecuencias que esta nueva situación pueda tener para sus padres. También sus sentimientos pueden ser confusos, sintiendo a la vez culpa y alivio por haber contado lo que les sucede.

* *Cómo hablar con el niño:*

- ➔ Es imprescindible hablar con el niño/adolescente siempre que esto sea posible. No suplantar la opinión del niño por la de los padres o otros adultos del entorno.
- ➔ Intentar que la entrevista la realice aquel profesional sanitario con el que el niño tenga más contacto o vinculación.
- ➔ Sentarse cerca de él, no tras una mesa, pero respetando los límites que él mismo marque.
- ➔ Crear con ellos un ambiente de confianza, respeto y relajación, permitiendo que se expresen de la manera que les resulte más cómoda (pintando, jugando, hablando).
- ➔ Explicarle porqué y para qué queremos hablar con él de éste tema en un lenguaje cercano y accesible a su capacidad.
- ➔ Estar atento a sus gestos y miradas, ya que suelen ser una gran fuente de información.
- ➔ Asegurarle que se confía en él.
- ➔ No se debe negar la posibilidad de que el hecho haya ocurrido, utilizando frases como “no puede ser”, “¿Estás seguro?, ¿No te lo estarás inventando?”.
- ➔ Tranquilizarle. Mostrarse positivo y transmitirle confianza en que las cosas irán bien.
- ➔ Mostrar empatía. Expresiones como “siento que esto te haya sucedido” pueden ser adecuadas.
- ➔ No pedirle que repita su historia frente a otros.
- ➔ Explicar al niño que no es el culpable del abuso, utilizando frases como “Tu no tienes la culpa de lo ocurrido”. Manifestarle también que no debe sentirse culpable por “delatar” a sus padres.
- ➔ No se le deben sugerir posibles respuestas.
- ➔ No atosigarlo ni presionarlo. Si no quiere hablar, respetar su decisión. No pedirle insistentemente una información que no está dispuesto a dar.
- ➔ Dar respuestas a sus dudas o interrogantes.

RECUERDA QUE:

**Una entrevista en profundidad
es cosa de un especialista.**

4. OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA

A nivel general, tanto al hablar con los niños como con los padres, es importante tener en cuenta:

- ➔ No demostrar horror, enfado o desaprobación hacia los padres, el menor o la situación.
- ➔ Utilizar un lenguaje comprensivo. Cuidar la no utilización de palabras vagas o con una fuerte carga emocional, tales como maltrato o abandono.
- ➔ No formular preguntas cerradas, en las que la respuesta sea sí o no, sino permitirles expresar su opinión.
- ➔ Es importante respetar los espacios de silencio. Es normal que manifiesten dificultades y resistencias para hablar, y necesiten tiempo para ello. El profesional puede ayudarles mostrándose relajado y tranquilo durante los silencios.
- ➔ Mostrarse honesto, sin hacer promesas que no se puedan cumplir.
- ➔ Se deben tener en cuenta y respetar las diferencias culturales.

5.2.b ALGUNAS TÉCNICAS Y PAUTAS DE ACTUACIÓN PARA EL ABORDAJE DEL MALTRATO INFANTIL

Algunas de las actuaciones que el profesional puede llevar a cabo ante una situación de maltrato infantil son las siguientes:

1. LA ENTREVISTA

La entrevista realizada con la finalidad de indagar sobre una posible situación de maltrato se debe realizar teniendo en cuenta:

En el epígrafe anterior se han dado las pautas necesarias para dirigirse a los padres y al niño. A continuación se describen los pasos a seguir para llevar a cabo una entrevista.

- a) Revisar los prejuicios y creencias previas que se tienen sobre el tema para evitar su influencia y determinación en las valoraciones.
- b) Si es posible, preparar previamente o estructurar anticipadamente el contenido de la entrevista teniendo claro en todo caso:

- Para qué y por qué de la entrevista.
 - Información básica que quiero obtener.
- c) Dedicar un tiempo inicial a establecer un vínculo con el entrevistado que facilite la entrevista.
 - d) Evitar hacer preguntas directas que puedan resultar bruscas o agresivas.
 - e) Tener capacidad de adecuación al ambiente que se va desarrollando y modificando durante la entrevista.
 - f) No hacer preguntas innecesarias.
 - g) Mantener una actitud constante de escucha hacia el entrevistado.
 - h) Estar atento a los silencios y las resistencias del entrevistado.
 - i) Apaciguar las tensiones que puedan surgir durante la entrevista.
 - j) Si el profesional duda de su propia capacidad para abordar la entrevista, pedir apoyo o asesoramiento a profesionales con mayor formación.

2. LA OBSERVACIÓN

Además de la información verbal, el profesional sanitario debe mantener una actitud activa y recoger información no verbal que obtendrá a través de la observación.

Las áreas o aspectos fundamentales a observar son:

- a) Comportamientos y actitudes del niño/adolescente.
- b) Interacción del niño/adolescente con su cuidador.
- c) Relación del niño/adolescente con el entorno sanitario.

3. LA VISITA DOMICILIARIA

La visita domiciliaria está recomendada los siguientes casos:

- a) Niños con factores de riesgo que no son llevados a las consultas del pediatra.
- b) Niños sobre los que los profesionales sanitarios han iniciado proceso de intervención por una posible situación de maltrato.

Es importante tener en cuenta que se trata de una técnica de carácter intrusivo. Implica una entrada en la privacidad familiar y por lo tanto, es muy importante valorar si es o no necesaria, en qué momento del proceso y quién es el profesional adecuado para ello que estará en estrecha correlación con los objetivos que se pretendan conseguir con la misma.

4. LA RECOGIDA, ANÁLISIS, REGISTRO Y TRATO DE LA INFORMACIÓN

El profesional sanitario debe tener en cuenta:

- ➔ La necesidad de registrar en la Historia Clínica del niño/adolescente toda la información que recoja relativa a una posible situación de maltrato, diferenciando la información recogida a través de exploraciones médicas al niño, de cualquier otra información recogida por otros medios.
- ➔ Asimismo es importante no perder la finalidad de los datos que se recojan y registren: disponer de antecedentes que ayuden al profesional en el diagnóstico, evitar el desconocimiento de la situación ante cambios de profesionales, dar continuidad a la información para poder ser más eficaz en el abordaje de una situación de maltrato infantil.

La información a recoger y registrar se articula entorno a:

1. Antecedentes sanitarios del niño/familia.
2. Situación sanitaria actual.
3. Situación sociofamiliar actual.
4. Actitud del niño y los padres en el proceso de valoración.
5. Interacción niño/adolescente con sus cuidadores.
6. Relación del niño con el entorno sanitario.

5. LA NOTIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN DE MALTRATO

Tal y como ha quedado expuesto con anterioridad, la notificación de una situación de maltrato infantil no es equivalente a la elaboración y remisión del parte de lesiones al Juzgado.

La protección a la infancia ante una situación de maltrato es responsabilidad de todos los Sistema Públicos de Protección y de forma particular y específica del Sistema Público de Servicios Sociales y por lo tanto es a éste al que habrá que remitir la notificación del maltrato a través de la cumplimentación de la hoja de notificación de maltrato infantil que aparece en el Anexo 1 de éste documento.

Por otra parte, la situación de maltrato ha podido implicar, debido a las lesiones ocasionadas, la constitución de una falta o delito por parte del agresor. En este caso, el profesional sanitario elaborará y remitirá, además de la hoja de notificación de maltrato infantil dirigida a los Servicios Sociales, el parte de lesiones para el Juzgado que figura en el Anexo 2 de éste documento.

En un intento de simplificar y facilitar la labor de los profesionales, la hoja de notificación de maltrato infantil a los Servicios de Protección de Menores sirve de formato para el Parte de Lesiones cuando le precede el Oficio de Remisión al Juzgado.

6. EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES

Es importante resaltar la importancia de la coordinación a dos niveles:

- a. Dentro del dispositivo sanitario en el que se detecta la situación de maltrato.
- b. Con los Servicios Sociales (Servicios Sociales Comunitarios o Servicios Especializados de Protección de Menores), tanto en el proceso de recogida de información como una vez notificada la situación de maltrato.

¿Qué son y qué hacen los Servicios Sociales Comunitarios?

Los Servicios Sociales Comunitarios configuran la estructura básica de la acción social, y atienden la problemática de carácter social, individual o colectiva.

Estos servicios tienen capacidad para intervenir en la problemática familiar y de la infancia, y se caracterizan por que:

- Son la puerta de entrada al conjunto de recursos del sistema y conocen el entorno social donde se origina el conflicto.
- Ofrecen una atención directa e inmediata, estudiando el caso y valorando qué actuaciones preventivas, recuperadoras o promocionales son necesarias.
- Cuentan con programas de intervención con el niño, la familia y su entorno.
- Aplican, sobre los casos con los que intervienen, los recursos propios de la institución, o bien derivan y orientan hacia los Servicios Especializados cuando se considera necesario.

¿Qué es y qué hace el Servicio Especializado de Menores?

El Servicio Especializado de Menores es la institución que tiene competencia para proporcionar al niño la protección que necesita de forma inmediata.

Este Servicio se caracteriza por tener los siguientes objetivos:

- Sensibilizar e informar a la población en general y a los profesionales en particular, sobre las necesidades y derechos de la infancia y la adolescencia.
- Favorecer y fomentar la detección, prevención e intervención en el campo de los malos tratos a la infancia.
- Informar, asesorar y orientar a los menores y sus familias cuando demandan ayuda ante una situación de maltrato o solicitan una medida de protección.
- Verificar la información recibida e investigar la situación del menor, para valorar la gravedad y urgencia de las situaciones que se han notificado, interviniendo en caso de necesidad.
- Determinar si el caso constituye una situación de desprotección infantil y, por tanto, compete al Servicio Especializado de Menores.

- ⇒ Diagnosticar el tipo de maltrato, identificando las causas que han motivado la aparición y mantenimiento del mismo.
- ⇒ Establecer las áreas o aspectos donde se debe incidir para modificar la situación problemática y determinar un pronóstico del caso.
- ⇒ Proponer la medida de protección más adecuada para cada menor y la inclusión en un programa de intervención.

El Servicio Especializado de Menores mantiene un servicio de atención de urgencia en horario de 20:00 h a 8:00h, donde un profesional se encuentra localizado por teléfono permanentemente (901 111 110). El horario de atención de oficina es de 8:00 h a 20:00 h.

Los Programas de Intervención que se llevan a cabo en el Servicio Especializado de Menores son:

PROGRAMA DE PRESERVACIÓN FAMILIAR

Persigue eliminar las causas que produjeron el maltrato mediante la realización de trabajo técnico, manteniendo al menor en su propia familia.

PROGRAMA DE SEPARACIÓN PROVISIONAL

Persigue solucionar las situaciones de maltrato detectadas mediante una separación provisional del niño/a de su propia familia, bien a través de un acogimiento familiar no preadoptivo o bien a través de un acogimiento residencial. En ambos casos se realiza un trabajo de intervención con la familia biológica que tiene como fin la reunificación a corto o medio plazo.

PROGRAMA DE SEPARACIÓN DEFINITIVA

Busca solucionar las situaciones de maltrato infantil detectadas mediante una separación definitiva del menor de su propia familia, a través de un acogimiento familiar preadoptivo o un acogimiento residencial permanente especializado.

PROGRAMA DE EMANCIPACIÓN Y AUTONOMÍA

Ayuda al menor a culminar su proceso de autonomía personal mediante el programa de formación más pertinente, y un lugar de residencia adecuado o un acogimiento familiar no preadoptivo permanente que le permita prepararse para la mayoría de edad.

Según el Decreto 4/2005 de 11 de Enero los servicios comarcales desarrollarán la gestión de los programas de preservación familiar y de reinserción del menor en programas de separación.

Es importante que, tanto desde los Servicios Sociales Comunitarios como desde el Servicio Especializado de Menores, se comunique al centro sanitario y a los profesionales que realizaron la notificación, la evaluación y las medidas adoptadas, estableciendo pautas de actuación conjuntas en caso necesario.



VI. BIBLIOGRAFÍA



- DÍAZ HUERTAS, J.A.CASADO J. (1999:): "Atención al niño en situación de riesgo biopsicosocial desde el ámbito sanitario". Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
- GÓMEZ, E.Y AGUDO, Mª J (2002): "Guía para la atención al maltrato infantil desde los servicios sanitarios". Universidad de Cantabria.
- SÁNCHEZ, E., CAÑAS, M. (1993): "Guía de atención al maltrato infantil" ADIMA.
- DÍAZ HUERTAS, J.A., CASADO, J.(2000): "Atención al maltrato infantil desde Salud Mental" Instituto madrileño del Menor y la Familia.
- CONSELLERÍA DE FAMILIA E PROMOCIÓN DO EMPREGO, MULLER E XUVENTUDE(2004): "Guía para a detección do maltrato infantil" Xunta de Galicia.
- FUNDACIÓN ÁGORA. (2003): "El Maltrato en la Infancia: intervención en sanidad, familia y contextos educativos" Edita Fundación Ágora.
- SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD DEL GOBIERNO DE ARAGÓN (2003): "Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil"
- CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD(1999): "Protocolo Sanitario ante los Malos Tratos Domésticos"
- PEÑA LÓPEZ, M., PÉREZ ARDISA, MJ. (2002):"Guía de Actuación en los Servicios de Urgencias ante la Sospecha de un Maltrato Infantil" Sociedad Española de Medicina de Emergencias Sanitarias.
- SORIANO FAURA, F.J. (2002): "Prevención y Detección del Maltrato Infantil" web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.
- Gobierno de Aragón.(2000): "Haizea-Llevant. Tabla de desarrollo (0-5 años)". Ikastaries.
- INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES - ADCARA (2001): "Guía para detectar, notificar y derivar situaciones de maltrato infantil en Aragón" Gobierno de Aragón
- INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES - ADCARA (2002): *El Maltrato Infantil. Propuesta de Actuación para su Detección desde el Ámbito Escolar.* Gobierno de Aragón.
- INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES - ADCARA (2003): *El Maltrato Infantil. Propuesta de Actuación para su Detección desde el Tiempo Libre.* Gobierno de Aragón.

ARRUABARRENA, M^a I., DE PAÚL, J., TORRES, B (1994): "El Maltrato Infantil (Detección, Notificación, Investigación y Evaluación). Programa de mejora del Sistema de Atención Social a la Infancia" Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

GRACIA, E., MUSITU, G. (1999): "Los malos tratos a la infancia: lecturas técnicas" Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

OLIVÁN GONZALVO, G (2002): "Indicadores de Maltrato Infantil". Guías Clínicas en Atención Primaria, Disponible en www.fisterra.com/guias2/maltrato.htm

LEGISLACIÓN:

Organización de las Naciones Unidas. "Declaración de los Derechos del Niño". 1959.

Organización de las Naciones Unidas. "Convención de los Derechos del Niño". 1989.

Parlamento Europeo "Carta Europea de Derechos del Niño" 1992.

Parlamento Europeo "Carta Europea de Derechos de los Niños Hospitalizados" de 13 de mayo de 1986.

Constitución Española de 1978.

Ley 21/1987 de 11 de noviembre de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Ley Orgánica de 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor.

Ley 12/2001 de 2 de julio de la Infancia y Adolescencia en Aragón.

Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad.

Ley 41/2002 de 14 de noviembre Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Recomendación de 13 de febrero de 1997, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros sobre Protección de Datos Médicos.

Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Código de Deontología y Ética Médica.

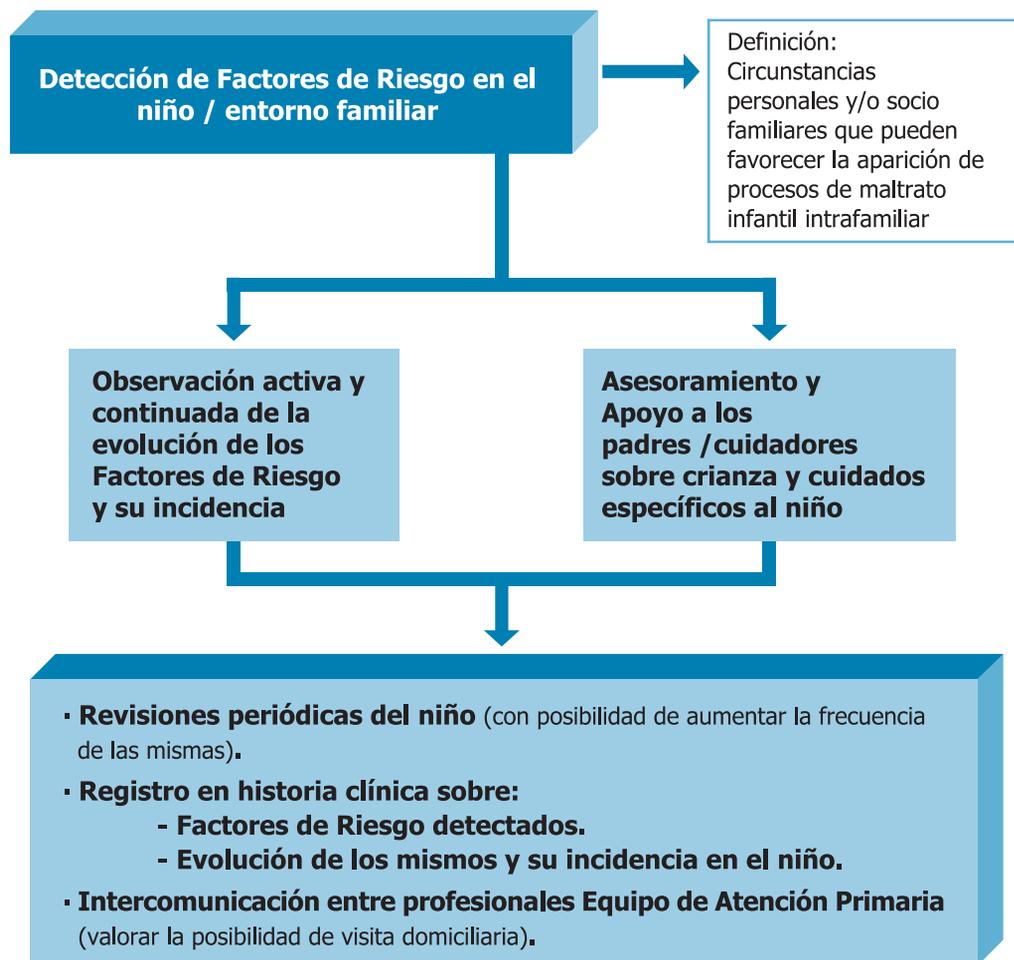
Código de Deontología y Ética Moral de la Enfermería Española.

Código de Ética Profesional de Trabajo Social.

VII. ÁRBOLES DE DECISIÓN

ÁRBOL 1: DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO E INTERVENCIÓN ANTE LOS MISMOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

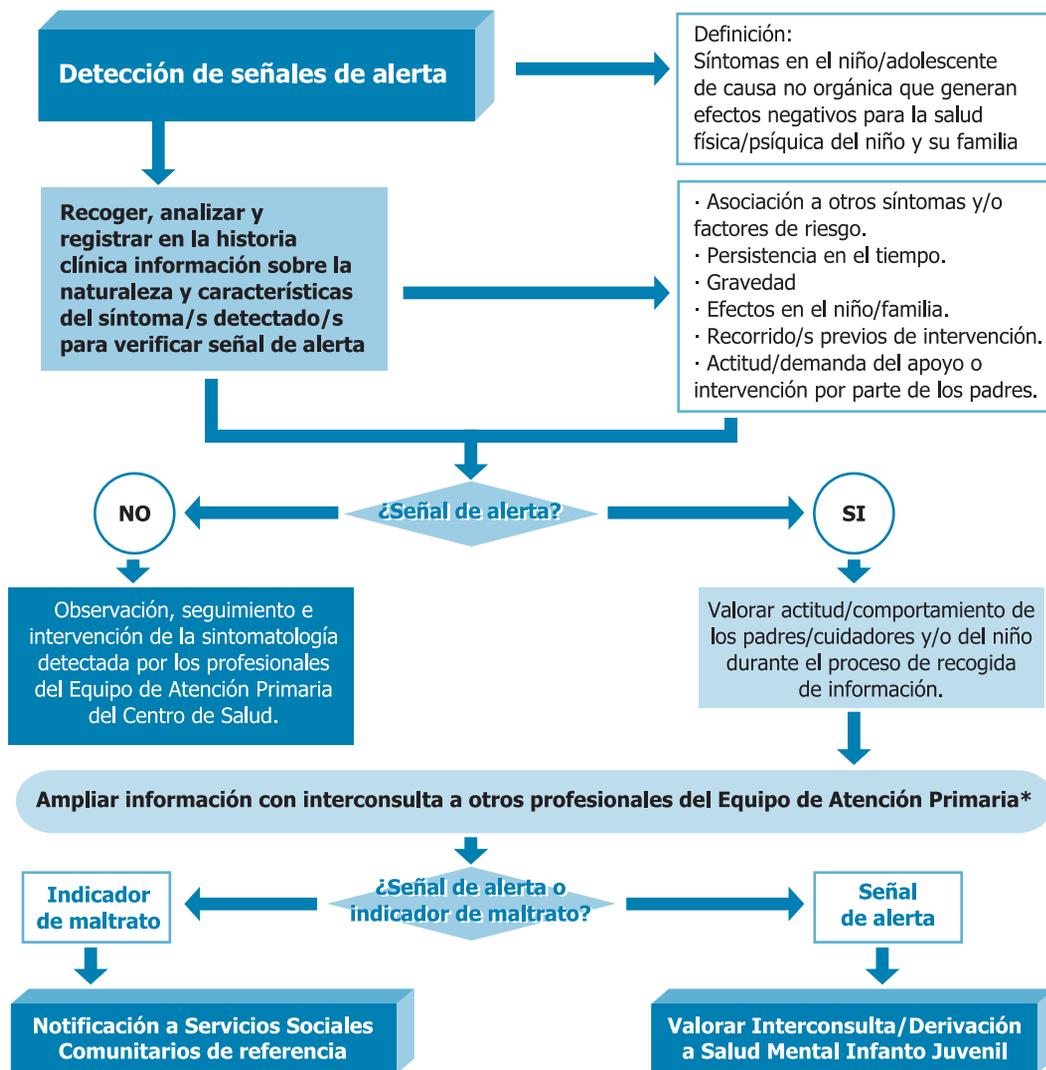
1.1. ÁRBOL DE DECISIÓN EN LA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO INFANTIL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



METODOLOGÍA	RESPONSABLE:
<ul style="list-style-type: none"> ■ En primera consulta del Programa del niño sano, recogida y registro de información relacionada con la detección de factores de riesgo y/o con los efectos de éstos en la crianza y cuidados del niño. ■ Si se considera necesario o conveniente aumentar la frecuencia de las revisiones. ■ Revisiones periódicas. ■ Revisiones periódicas (pediatra/médico familia, enfermería, trabajo social). ■ Intercomunicación entre profesionales de AP (Valorar posibilidad de visita domiciliaria). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pediatra. ■ Pediatra/Enfermera ■ Pediatra-Médico familia/Enfermera. ■ Pediatra-Médico familia/Enfermera, Trabajador social. ■ Pediatra-Médico familia/Enfermera, Trabajador social.

ÁRBOL 2: DETECCIÓN DE SEÑALES DE ALERTA E INTERVENCIÓN ANTE LAS MISMAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

2.1. ÁRBOL DE DECISIÓN EN LA DETECCIÓN DE SEÑALES DE ALERTA DE MALTRATO INFANTIL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



* Respecto a la figura del trabajador social, si el Centro de Atención Primaria de Salud no dispone de tal profesional se contactará con otro trabajador social de los Servicios Sociales Comunitarios que correspondan.

		<p>■ Valorar si se trata de una posible situación de maltrato. (continuación)</p>	<p>a) Valorar la actitud y comportamiento de los padres/tutores y del niño dentro del proceso diagnóstico:</p> <p>En los padres:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Colaboración · Reticencia · Reconomiento de necesidad de intervención · Veracidad de la información ofrecida <p>En el niño:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Colaboración · Actitud evitativa · Sumisión a indicaciones parentales · Aterrorizado/coaccionado <p>b) Ampliar información con interconsulta de los profesionales del Equipo de Atención Primaria</p> <p>c) Toma de decisión en base a la conjunción de:</p> <ul style="list-style-type: none"> · naturaleza y características del síntoma · actitud de los padres · información global EAP. <p>3. Tras la valoración de la información, la Señal de Alerta apunta a ser un indicador de maltrato: Notificación a los Servicios Sociales Comunitarios de referencia.</p> <p>4. Tras la valoración de la información, no parece tratarse de una situación de maltrato: valorar, interconsulta/derivación Salud Mental Infanto Juvenil.</p>
--	--	---	---

■ Observación directa.

· Coordinación entre EAP.

· Coordinación entre EAP.

■ Elaborar hoja de notificación para derivar a los Servicios Sociales Comunitarios.

■ Pediatra-médico de familia/enfermera, trabajador social.

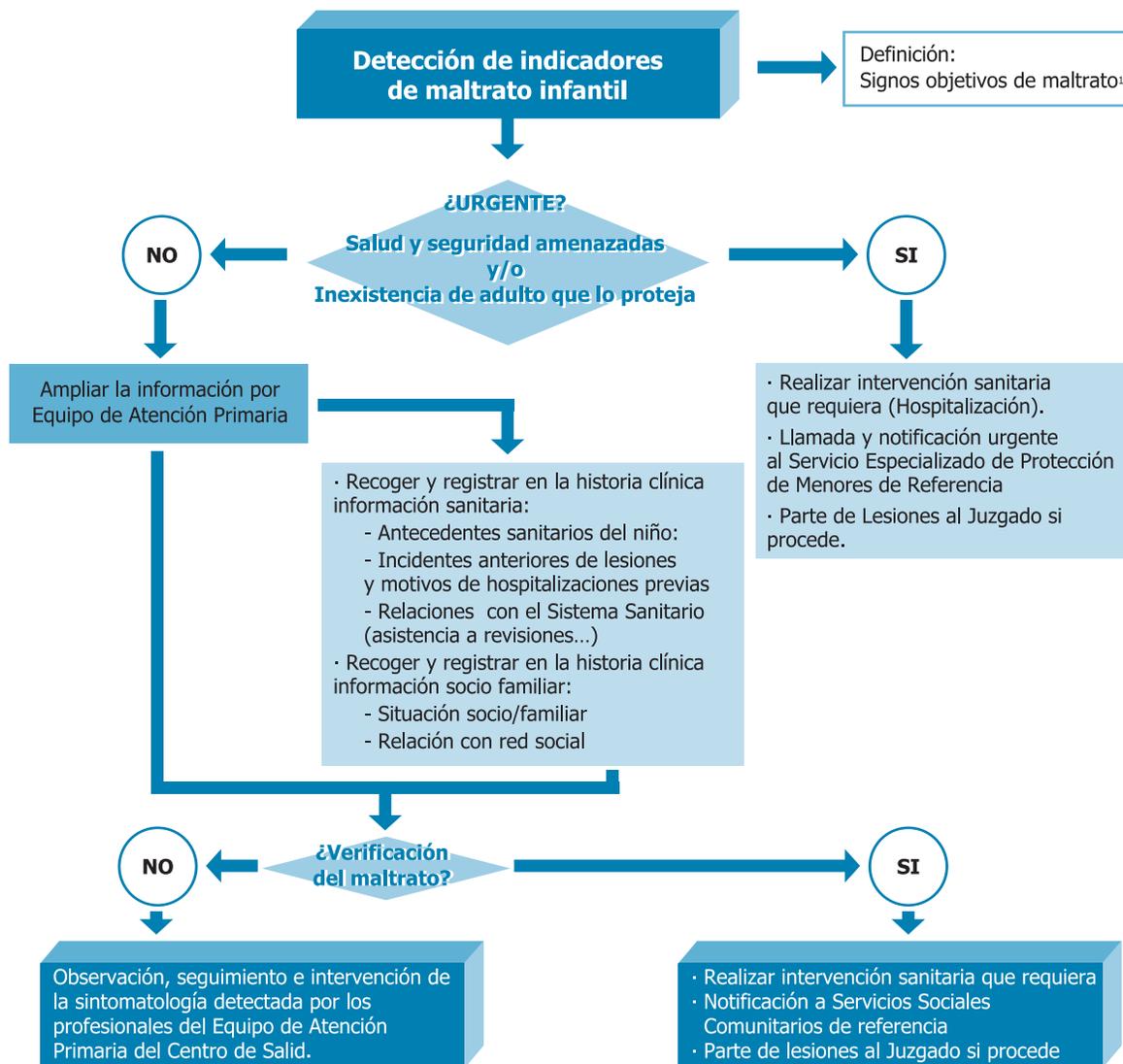
■ Pediatra-médico de familia/enfermera, trabajador social.

■ Pediatra-médico de familia/enfermera, trabajador social.

■ Profesional de EAP más directamente vinculado con el caso.

ÁRBOL 3: DETECCIÓN DE INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL E INTERVENCIÓN ANTE LOS MISMOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

3.1. ÁRBOL DE DECISIÓN EN LA DETECCIÓN DE INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



* Ver recomendaciones específicas sobre abuso sexual en la página 45.

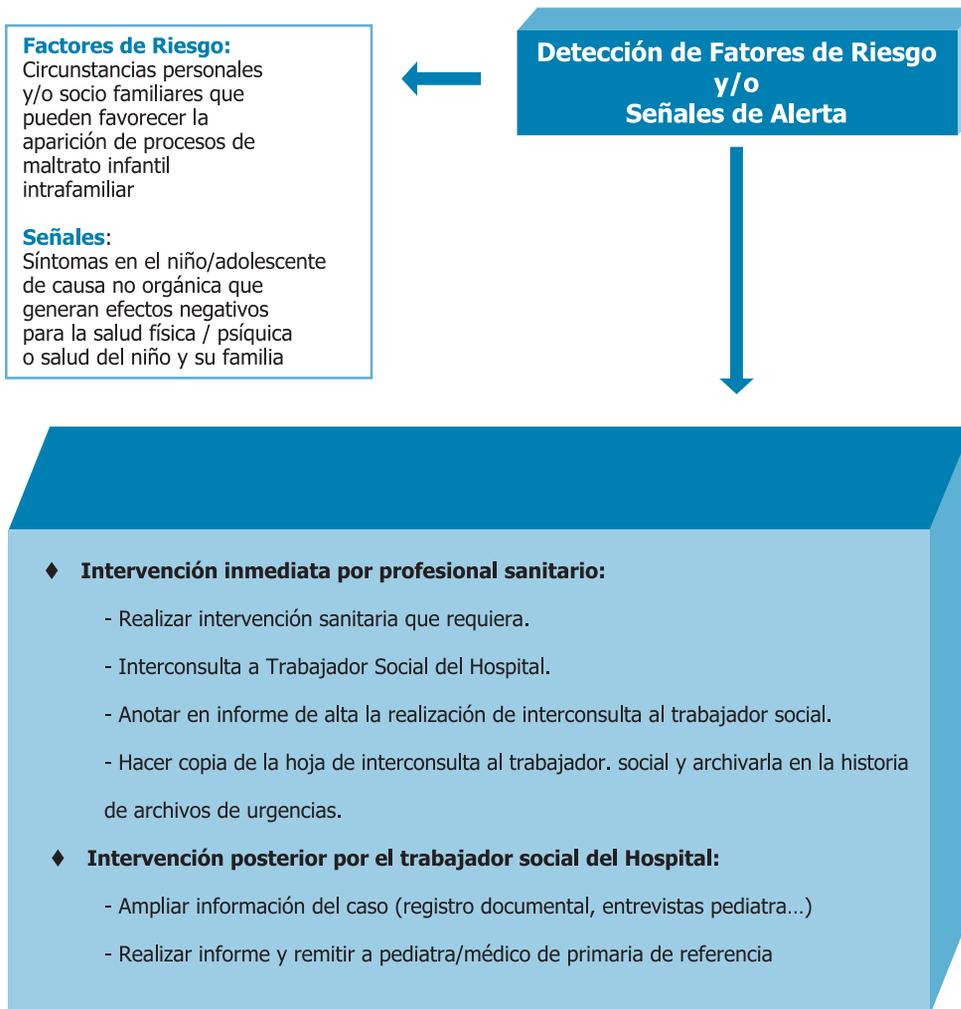
3.2.PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN EN LA DETECCIÓN DE INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

INDICADORES DE MALTRATO	DETECCIÓN DE:	OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN	ACTUACIONES CONCRETAS A REALIZAR:
	<p style="text-align: center;">INDICADORES DE MALTRATO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valorar la urgencia de la protección en base a: <ul style="list-style-type: none"> - Salud y seguridad amenazadas y/o - Inexistencia de adulto que lo proteja. ■ Realizar intervención socio-sanitaria que se requiera 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valoración clínica de los datos del maltrato y análisis y rastreo de figuras adultas protectoras. ■ Si se trata de una situación de maltrato urgente: <ul style="list-style-type: none"> ■ Realizar intervención socio-sanitaria que requiera (Hospitalización). ■ Llamada y notificación urgente al Servicio Especializado de Protección de Menores de referencia. ■ Parte de lesiones al Juzgado si procede. ■ Si no requiere protección urgente: ampliar información para verificar la situación de maltrato: Recoger y registrar en la historia clínica información sanitaria: <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes sanitarios del niño: - Incidentes anteriores de lesiones y motivos de hospitalizaciones previas - Relaciones con el Sistema Sanitario (asistencia a revisiones...) Recoger y registrar en la historia clínica información socio familiar: <ul style="list-style-type: none"> - Situación socio/familiar - Relación con red social ■ Verificar el maltrato: <ul style="list-style-type: none"> a) No se trata de una situación de maltrato: Observación y seguimiento por EAP b) Se constata que se está produciendo una situación de maltrato, aunque no urgente: <ul style="list-style-type: none"> ■ Notificar a los Servicios Sociales Comunitarios de referencia. ■ Parte de lesiones si procede.

METODOLOGÍA	RESPONSABLE:
<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervención sanitaria. ■ Cuidado, acompañamiento, observación, entrevista. ■ Coordinación con el Servicio Especializado de Protección de Menores de referencia. ■ Elaboración parte de lesiones. ■ Entrevistas, observación, visitas domiciliarias. ■ Consultas profesionales EAP. ■ Complimentación y remisión de la hoja de notificación de situaciones de maltrato infantil. ■ Complimentación y remisión del parte de lesiones. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pediatra-médico de familia. ■ Pediatra/médico de familia, enfermera, trabajador social. ■ Pediatra/médico de familia, enfermera, trabajador social. ■ Pediatra/médico de familia. ■ Pediatra/médico de familia, enfermera, trabajador social. ■ Pediatra/médico de familia, enfermera, trabajador social. ■ Profesional del EAP más vinculado al caso ■ Pediatra/médico de familia.

ÁRBOL 4: DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y/O SEÑALES DE ALERTA E INTERVENCIÓN ANTE LOS MISMOS DESDE SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS

4.1. ÁRBOL DE DECISIÓN EN LA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y/O SEÑALES DE ALERTA DE MALTRATO INFANTIL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS



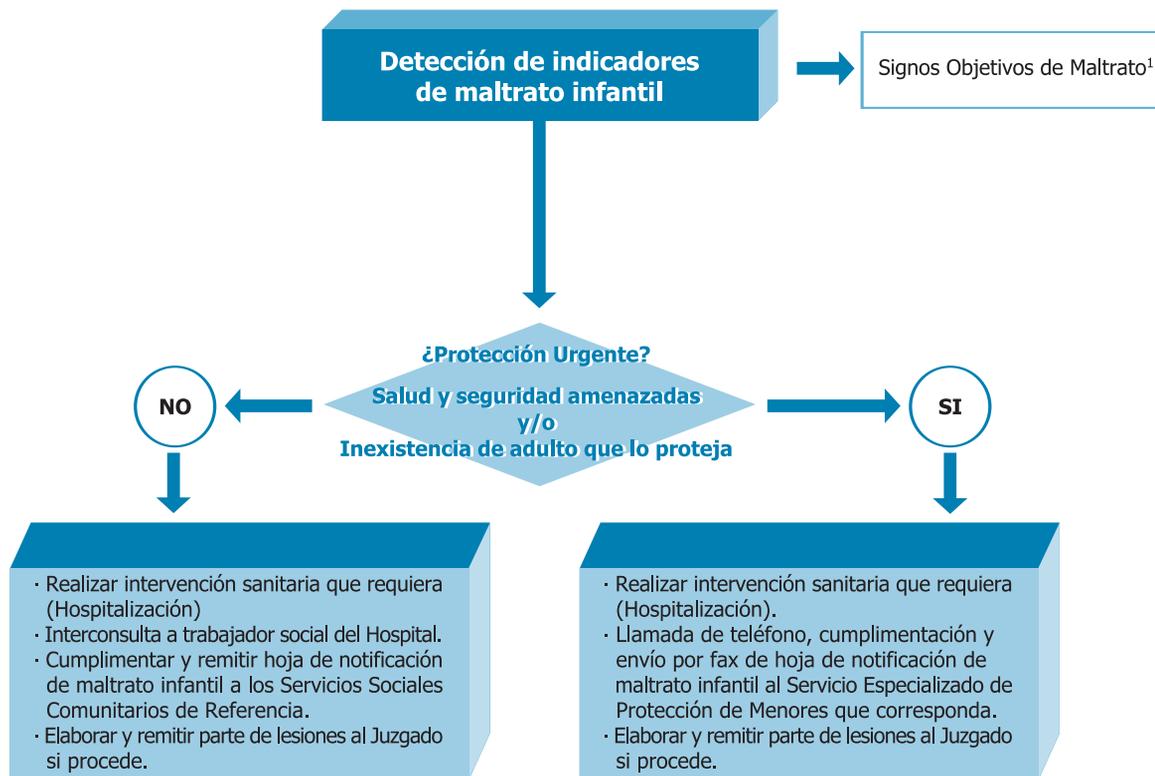
4.2.PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN EN LA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y/O SEÑALES DE ALERTA DE MALTRATO INFANTIL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS.

FACTORES DE RIESGO Y/O SEÑALES DE ALERTA	DETECCIÓN DE:	OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN	ACTUACIONES CONCRETAS A REALIZAR:
	<p>FACTORES DE RIESGO</p> <p>Circunstancias personales y/o socio familiares que pueden favorecer la aparición de procesos de maltrato infantil intrafamiliar</p> <p>y/o</p> <p>SEÑALES DE ALERTA</p> <p>Síntomas en el niño/adolescente de causa no orgánica que generan efectos negativos para la salud física/psíquica o salud del niño y su familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La detección activa del maltrato infantil. ■ Favorecer y propiciar la continuidad de la intervención en Atención Primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recogida de información complementaria al síntoma físico que el niño presente. ■ Realizar interconsulta a Trabajador Social del Hospital. ■ Registrar información recogida. ■ Establecer coordinación con Atención Primaria de Salud.

METODOLOGÍA	RESPONSABLE:
<ul style="list-style-type: none"> ■ Exploración física ■ Observación de la conducta del menor y de la interacción padres/niño. ■ Entrevista padres durante la exploración. ■ Cumplimentar hoja de interconsulta con Trabajador Social del Hospital. ■ Anotar en informe de alta la realización de interconsulta al Trabajador Social. ■ Hacer copia de la hoja de interconsulta y archivarla. ■ Ampliar información del caso con datos obtenidos del ámbito hospitalario. ■ Realizar informe con toda la información y remitir al Centro de Atención Primaria que corresponda. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enfermería/Pediatra/Médico de Urgencias. ■ Trabajador Social. ■ Trabajador Social

ÁRBOL 5: DETECCIÓN DE INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL E INTERVENCIÓN ANTE LOS MISMOS DESDE SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS

5.1. ÁRBOL DE DECISIÓN EN LA DETECCIÓN DE INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE HOSPITALARIOS



¹ Ver recomendaciones específicas sobre abuso sexual en la página 45.

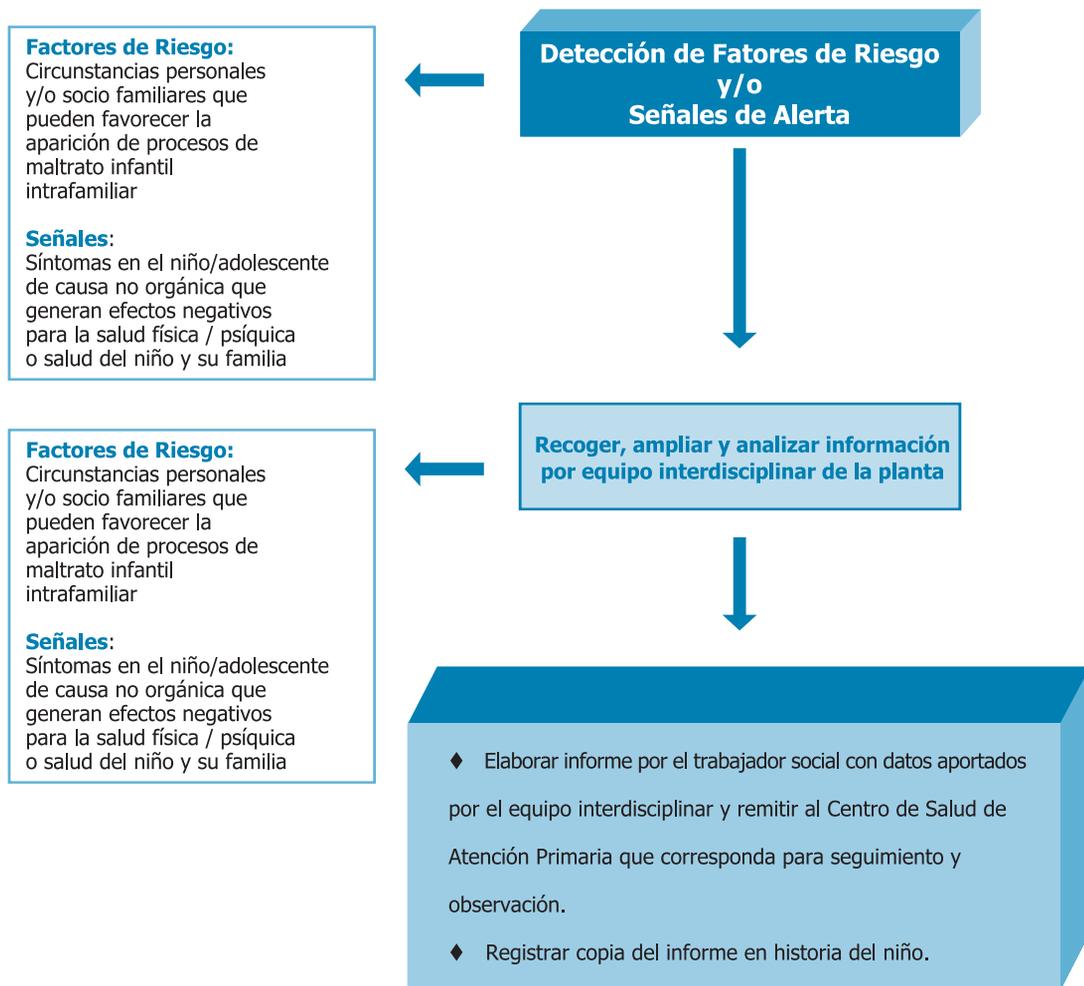
5.2. PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN EN LA DETECCIÓN DE INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS.

INDICADORES MALTRATO INFANTIL	DETECCIÓN DE:	OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN	ACTUACIONES CONCRETAS A REALIZAR:
	<p style="text-align: center;">INDICADORES MALTRATO INFANTIL</p> <hr/> <p>Signos objetivos de Maltrato</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Realizar intervención para la protección urgente del menor desde el ámbito sanitario. ■ Asegurar la continuidad de la protección al niño a través de la coordinación con los Servicios Sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valorar la necesidad de protección urgente del niño/adolescente en base a: <ul style="list-style-type: none"> - Salud y seguridad amenazados <li style="text-align: center;">y/o - Inexistencia de adulto que lo proteja. ■ Existe maltrato pero no es urgente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Interconsulta al trabajador social del hospital. 2. Complimentar y remitir hoja de notificación del Maltrato Infantil a los Servicios Sociales Comunitarios de referencia. 3. Elaborar y remitir parte de lesiones al Juzgado si procede. ■ Existe maltrato y es urgente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Llamada de teléfono, cumplimentación y envío por fax de hoja de notificación del Maltrato Infantil al Servicio Especializado de Protección de Menores que corresponda. 2. Elaborar y remitir parte de lesiones al Juzgado si procede.

METODOLOGÍA	RESPONSABLE:
<ul style="list-style-type: none"> ■ Exploración y entrevistas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pediatra/Médico/Enfermería Urgencias.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Cumplimentar hoja de interconsulta. ■ Recogida información socio-familiar y cumplimentar hoja de notificación. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pediatra/Médico/Enfermería de Urgencias. ■ Trabajador Social.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Cumplimentar parte de lesiones y enviarlo al Juzgado. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pediatra/Médico.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Cumplimentar hoja de notificación y remitirla al Servicio Especializado de Menores. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pediatra/Médico/Enfermería.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Cumplimentar parte de lesiones y enviarlo al Juzgado. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pediatra/Médico.

ÁRBOL 6: DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y/O SEÑALES DE ALERTA E INTERVENCIÓN ANTE LOS MISMOS DESDE PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

6.1. ÁRBOL DE DECISIÓN EN LA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y/O SEÑALES DE ALERTA DE MALTRATO INFANTIL EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

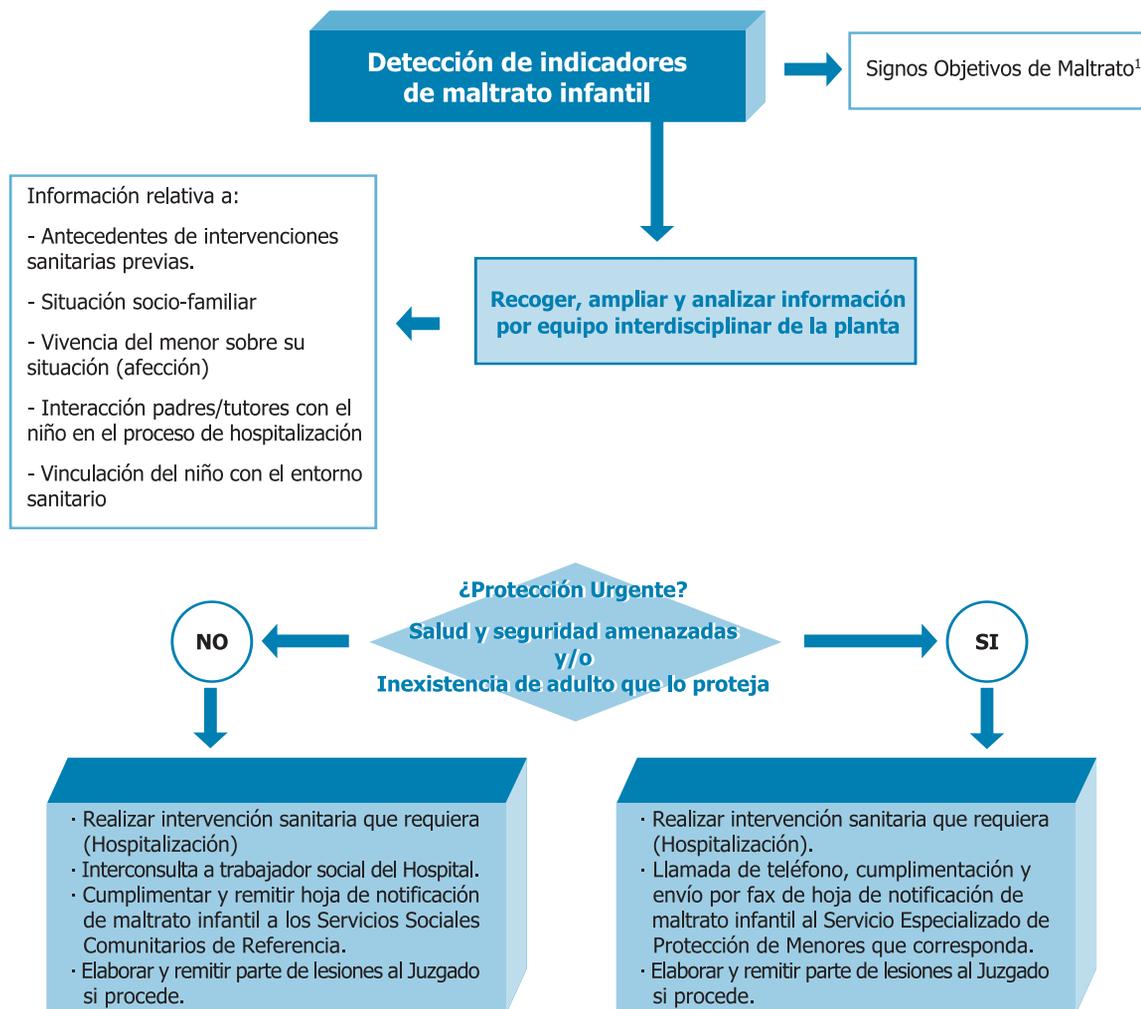


6.2 PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN EN LA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y/O SEÑALES DE ALERTA DE MALTRATO INFANTIL EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN.

FACTORES DE RIESGO Y/O SEÑALES DE ALERTA	DETECCIÓN DE:	OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN	ACTUACIONES CONCRETAS A REALIZAR:
	<p>FACTORES DE RIESGO</p> <p>Circunstancias personales y/o socio familiares que pueden favorecer la aparición de procesos de maltrato infantil intrafamiliar</p> <p>y/o</p> <p>SEÑALES DE ALERTA</p> <p>Síntomas en el niño/adolescente de causa no orgánica que generan efectos negativos para la salud física/psíquica o salud del niño y su familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Detección Activa del Maltrato. ■ Favorecer y propiciar la continuidad de la intervención en Atención Primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recoger, cumplimentar y analizar información: <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes de intervenciones sanitarias previas - Situación socio-familiar - Vivencia del menor sobre su situación (afección) - Interacción padres/tutores con el niño en el proceso de hospitalización - Vinculación del niño con el entorno sanitario ■ Recopilar toda la información recogida y elaborar informe.

ÁRBOL 7: DETECCIÓN DE INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL E INTERVENCIÓN ANTE LOS MISMOS DESDE PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

7.1. ÁRBOL DE DECISIÓN EN LA DETECCIÓN DE INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN



¹ Ver recomendaciones específicas sobre abuso sexual en la página 45.

7.2. PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN EN LA DETECCIÓN DE INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN.

INDICADORES MALTRATO INFANTIL	DETECCIÓN DE:	OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN	ACTUACIONES CONCRETAS A REALIZAR:
	<p style="text-align: center;">INDICADORES MALTRATO INFANTIL</p> <hr/> <p>Signos objetivos de Maltrato</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valorar la situación. ■ Valorar la necesidad de protección urgente al niño/adolescente. ■ Intervención para la protección del menor. ■ Intervención de protección de urgencia desde el hospital 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recoger, cumplimentar y analizar información: <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes de intervenciones sanitarias previas. - Situación socio-familiar. - Vivencia del menor sobre su situación (afección). - Interacción padres/tutores con el niño en el proceso de hospitalización. - Vinculación del niño con el entorno sanitario. ■ Valoración de criterios de urgencia: <ul style="list-style-type: none"> - Salud y seguridad amenazadas y/o - Inexistencia de adulto que lo proteja. a) Existe maltrato pero no requiere protección urgente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar y remitir hoja de notificación de maltrato infantil a los Servicios Sociales Comunitarios que corresponda. 2. Elaborar y remitir parte de lesiones al Juzgado si procede. b) Existe maltrato y requiere protección urgente. <ol style="list-style-type: none"> 1. Llamada de teléfono, cumplimentación y envío por fax de hoja de notificación de maltrato infantil al Servicio Especializado de Protección de Menores que corresponda. 2. Llamada al Juzgado de Guardia en el caso en el que los padres/tutores quieran llevarse al menor. 3. Elaboración y remisión del parte de lesiones al Juzgado si procede.

METODOLOGÍA	RESPONSABLE:
<ul style="list-style-type: none"> ■ Coordinación de las intervenciones técnicas específicas de cada miembro del Equipo. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Equipo Interdisciplinar de Planta.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Análisis conjunto de la información. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Equipo Interdisciplinar de Planta.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Elaboración hoja notificación de maltrato infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Trabajador Social del Hospital.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Elaboración parte de lesiones si procede. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pediatra/Médico.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Elaboración y remisión hoja de notificación de maltrato infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cualquier profesional Equipo Planta.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Elaboración parte de lesiones si procede. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cualquier profesional Equipo Planta. ■ Pediatra/Médico.





VIII. ANEXOS

ANEXO 1: HOJA DE NOTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE MALTRATO INFANTIL

Hoja de Notificación de
Situaciones de Maltrato
Infantil.
Hoja 1 de 2



HOJA DE NOTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE MALTRATO INFANTIL

IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO

APÉNDICE

Nombre de Registro: _____ Lugar de Residencia: _____ Nombre: _____

Identificación: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad y Provincia: _____

Sexo: Hombre Mujer Otro Otro: _____

Identificación por medio de otro canal oficio: _____

MP Ley 1/2015, artículo 14 de la Ley 1/2015

2023 JUN 19 12:19

SITUACIÓN ACTUAL DEL NIÑO

¿Vive en su domicilio habitual? Sí No

¿Vive en un centro residencial? Sí No

¿Vive en otro domicilio? Sí No

¿Vive en un centro de acogida? Sí No

LUGAR DE MALTRATO DE INTERÉS

¿Domicilio habitual? Sí No

¿Centro residencial? Sí No

¿Otro domicilio? Sí No

¿Centro de acogida? Sí No

¿Domicilio habitual? Sí No

¿Centro residencial? Sí No

¿Otro domicilio? Sí No

¿Centro de acogida? Sí No

TIPO DE MALTRATO

CONSUMO

DE DROGAS

DE ALCOHOL

DE TABACO

Hoja de Notificación de
Situaciones de Maltrato
Infantil.
Hoja 2 de 2

**INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN Y ENVÍO
DE LA HOJA DE NOTIFICACIÓN**

**SI SE TRATA DE UNA NOTIFICACIÓN DE
MALTRATO NO URGENTE (ordinaria):**

PAIS E PAÍS DE:

- Completar en la Hoja de Maltrato de los datos del sistema de Maltrato Infantil.
- Enviar el original y los Derivados Sociales correspondientes a la zona y seguir con la diligencia).
- Por defecto, aplicar el procedimiento normal.

Sigue:

- Acudir con copia de la historia clínica y registro de urgencias.
- Llevar a cabo según el procedimiento de derivación a los servicios.

La información debe ser transmitida por:

por correo electrónico y/o por correo postal a: **Centro de Maltrato Infantil de Aragón** (en caso de no disponer de correo electrónico de destino).

**SI SE TRATA DE UNA NOTIFICACIÓN DE
MALTRATO URGENTE:**

PAIS E PAÍS DE:

- Completar en la Hoja de Maltrato de los datos del sistema de Maltrato Infantil.
- Enviar el original por fax al Servicio Regional de Maltrato Infantil (en caso de contacto telefónico).
- Por defecto, aplicar el procedimiento normal.

Sigue:

- Acudir con copia de la historia clínica y registro de urgencias.
- Llevar a cabo según el procedimiento de derivación a los servicios.

La información debe ser transmitida por:

por correo electrónico y/o por correo postal a: **Centro de Maltrato Infantil de Aragón** (en caso de no disponer de correo electrónico de destino).



ANEXO 2: OFICIO DE REMISIÓN AL JUZGADO

OFICIO DE REMISIÓN AL JUZGADO DE GUARDIA:

D/Da.....médico
 colegiado encon el nº.....
 con ejercicio profesional en (centro de trabajo).....
 situado en (calle,avenida,...).....
 de (localidad).....

PARTICIPA A V.I.: que en el día de hoy, a las.....horas, he prestado
 atención sanitaria en (centro sanitario).....
 al/la menor.....
 con D.N.I./N.I.E./nº Pasaporte.....
 de.....años de edad, con domicilio en (calle,avenida...).....código postal
nº.....
en (municipio).....
 de (provincia).....con teléfono.....
 y le REMITE el parte de lesiones² por presuntos malos tratos que se acompaña.

Fecha y firma

ILMO./A. SR./A. JUEZ DE GUARDIA DE.....

² *Ver hoja de notificación de situaciones de maltrato infantil*

ANEXO 3: DIRECCIONES DE SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS

HUESCA:

- **Canal de Berdún:** Pl. Santa Eulalia nº 6, bajos. Canal de Berdún, Huesca. 974 371730
- **Castejon de Sos:** Plaza Constitución nº2. Castejón de Sos, Huesca. 974 553480
- **Fraga:** Ps. Barrón Segoné nº 7. Fraga, Huesca. 974 472147
- **Huesca:** Pza. San Bernardo s/n. Huesca. 974 292143
- **Jaca:** C/ Mayor nº24. Jaca, Huesca. 974 355597
- **Alto Gállego:** C/ Serrablo nº47 2º. Sabiñanigo, Huesca. 974 483311
- **Graus:** C/ Angel Sanblancat nº 6. Graus, Huesca. 974 541186
- **Cinca Medio:** Avda. del Pilar nº 47-1º. Monzon, Huesca. 974 403593
- **Los Monegros:** C/ Ramón y Cajal nº 7 3º Izda. Grañén, Huesca. 974 391276
- **Somontano de Barbastro:** Pza. Navarra 1, 2º. Barbastro, Huesca. 974 306006
- **Zona Ayerbe:** Pza. Aragón nº 40. Ayerbe, Huesca. 974 380641
- **Binéfar:** C/ Doctor Fleming nº1. Binefar, Huesca. 974 431022
- **Benabarre:** C/ Sres. De Entenza nº1. Benabarre, Huesca. 974 543536
- **Almudebar:** C/ Mayor,64. Almudebar, Huesca. 974 250002
- **Aínsa:** La Solana s/n. Aínsa, Huesca. 974 500909
- **Lascuarre:** C/ Placeta s/n. Lascuarre, Huesca. 974 544242
- **Boltaña:** Plza. España, s/n. Boltaña, Huesca. 974 502401
- **Plan:** Paseo Peatonal s/n. Plan, Huesca. 974 506200
- **Tamarite de Litera:** Plza. Mayor, 7. Tamarite de Litera, Huesca. 974 420673
- **Valle de Hecho:** Plza. Conde Xiquena, s/n. Valle de Hecho, Huesca. 974 375216
- **Zona Plana Este:** C/ Voluntarios de Santiago, 2. Huesca. 976 231323
- **Centro Comarcal de Servicios Sociales:** C/ Voluntarios de Santiago, 2. Huesca. 976 231323

TERUEL:

- **Alcañiz:** C/ Mayor nº 2 Bjs. Alcañiz, Teruel. 978 871217
- **Aliaga:** C/ Mayor Baja, 20. Aliaga, Teruel. 978 771424
- **Andorra:** C/ Paseo de las Minas, s/n. Andorra, Teruel. 978 843853
- **Bajo Martín:** Santa Rosa 8. Hjar. Teruel. 978 820126
- **Calanda:** P.España, 1. Calanda, Teruel. 978886069
- **Maestrazgo:** Pza España nº1. Cantavieja, Teruel. 964 443325
- **Cedrillas:** Pza de la Constitución s/n. Cedrillas, Teruel. 978 774204
- **Los Alcores:** Pza Constantino Lorente nº 15. Alcorisa, Teruel. 978 840661
- **Sarrión:** Pza España nº 1. Sarrión, Teruel. 978 781075
- **Utrillas:** C/ Escucha s/n. Utrillas, Teruel. 978 757664
- **Comarca Sierra de Albarracín:** C/ Portal de Molina, 16. Tramacastilla, Teruel. 978 704024
- **La Fuente:** Pza Mayor nº 1. Cella, Teruel. 978 650618
- **Altiplano de Teruel:** C/ Plaza s/n. Argente, Teruel. 978 779406
- **Municipios del Jiloca:** Pza Mayor nº 1. Monreal del Campo, Teruel. 978 863801
- **Alto Jiloca:** Plza. Ayuntamiento, 1. Santa Eulalia, Teruel. 978 860000
- **Calamocha:** Avd. Valencia, 3. Calamocha, Teruel. 978 732008
- **Ribera del Turia:** Paseo del Turia nº 58. Libros, Teruel. 978 784213
- **Mosqueruela:** Pza Mayor nº 1. Mosqueruela, Teruel. 978 805224
- **Matarraña:** Cortes de Aragón, 7, 3ª Planta. Valderrobles. 978 890882
- **Muniesa:** Avda. Val de Oliete, 68. Muniesa, Teruel. 978 810534
- **Teruel:** C/ Yagüe de Salas nº 16, 1 D. Teruel. 978 606111

ZARAGOZA:

- **Alhama de Aragón:** Avda. Aragón nº 19. Alhama de Aragón, Zaragoza. 976 840337
- **Ariza:** Pza. del Hortal nº 18. Ariza, Zaragoza. 976 845426
- **Borja:** C/ Mayor nº 17. Borja, Zaragoza. 976 852028
- **Gallur:** C/Pza España, 1. Gallur, Zaragoza. 976 864741
- **Calatayud:** San Juan del Real nº 6. Calatayud, Zaragoza. 976 881256
- **Cariñena:** Avda Goya s/n. Cariñena, Zaragoza. 976 622101
- **Caspe:** Pza España nº 1. Caspe, Zaragoza. 976 639078
- **Tarazona y Moncayo:** Avda. de la Paz nº 31, bajos. Tarazona, Zaragoza. 976 641033
- **Campo de Daroca:** Pza España nº 6, bajos. Daroca, Zaragoza. 976 800713
- **Ejea de los Caballeros:** Avda. Cosculluela nº 1. Ejea de los Caballeros, Zaragoza. 976 661660
- **Epila:** Pza. España nº 1. Epila, Zaragoza. 976 603568
- **Fabara:** Pza. España nº1. Fabara, Zaragoza. 976 635369
- **Zona Fuentes de Ebro:** Pza. Constitución nº 4. Fuentes de Ebro, Zaragoza. 976 160761
- **La Almunia de Doña Godina:** Pza España nº1 bjs. La Almunia de Doña Godina, Zaragoza. 976 811759
- **Luna:** Pza. Mayor nº 10. Luna, Zaragoza. 976 689479
- **Maluenda:** Pza Cardenal Casanova nº 1. Maluenda, Zaragoza. 976 893273
- **Altas Cinco Villas:** Pza de la Villa nº 1. Sos del Rey Católico, Zaragoza. 948 888381
- **Comarca Ribera Alta del Ebro:** Pza. España nº 1. Alagón, Zaragoza. 976 612329
- **Sástago:** Ramón y Cajal nº 4. Sástago, Zaragoza. 976 178791
- **Sabiñan:** Conde Arguillo,4. Sabiñan, Zaragoza. 976 826202
- **Magallón:** C/ Convento Dominicos, 7. Magallón, Zaragoza. 976 858263
- **Ribera Alta del Ebro:** Pza España nº 1. Alagón, Zaragoza. 976 612329
- **Ribera Baja Huerva:** Pza. José Antonio nº 1-4. María de Huerva, Zaragoza. 976 124170

- **Ribera Izquierda del Ebro:** Pza España nº 16. Alfajarín, Zaragoza. 976 790638
- **Aranda:** Pza del Castillo s/n. Illueca, Zaragoza. 976 548090
- **Río Ribota:** Pza Mayor s/n. Villaroya de la Sierra, Zaragoza. 976 896050
- **Sierra Vicort-Espígar:** Pza. Mayor nº 9. Miedes de Aragón, Zaragoza. 976 892142
- **Belchite:** Ronda de Zaragoza s/n. Belchite, Zaragoza. 976 830175
- **Tres Ríos:** Pza España nº 5. Ateca, Zaragoza . 976 872116
- **Morata de Jalón:** Mayor Baja nº 1. Morata de Jalón, Zaragoza. 976 818126
- **Pina de Ebro:** Pza España nº 6. Pina de Ebro, Zaragoza. 976 165506
- **Sádaba:** Pza Aragón nº 1. Sádaba, Zaragoza. 976 6750 37
- **Tauste:** Pza. España nº 1. Tauste, Zaragoza. 976 859144
- **Utebo:** Paseo Berbegal nº 22-24. Utebo, Zaragoza. 976 785049
- **Zuera:** Camino San Juan nº 4. Zuera, Zaragoza. 976 681119

CENTRO MUNICIPALES DE SERVICIOS SOCIALES:

Zaragoza Urbana

- **Actur:** Alberto Duce, 2 Dpdo. 50018 Zaragoza. 976 732750
- **Almozara:** Avda. Puerta Sancho nº 30 Bajo. 50003 Zaragoza. 976 404693
- **Arrabal:** Pza. San Gregorio s/n. 50015 Zaragoza. 976 510892
- **Casco Viejo San Pablo:** C/ Las Armas nº 61. 50003 Zaragoza. 976 445066
- **Centro:** Hernán Córtes nº 31-33 1ª pta. 50005 Zaragoza. 976 220666
- **Delicias:** Centro Cívico Terminillo, Parque Delicias, Pabellón del Carmen. 50010 Zaragoza. 976 312828
- **La Jota:** María Virto s/n. 50014 Zaragoza. 976 473327
- **La Magdalena:** Heroísmo nº5. 50002 Zaragoza. 976 290626
- **Las Fuentes:** Miguel Servet nº 57. 50013 Zaragoza. 976 724000
- **Oliver:** Lucio Anneo Séneca, 78. 50011 Zaragoza. 976 349563
- **San José:** Pza. Mayor s/n. 50008 Zaragoza. 976 496868
- **Torrero:** C/ Monzón s/n. 50007 Zaragoza. 976 259155
- **Universidad:** C/ Violante de Hungría, 4. 50009 Zaragoza. 976 721760
- **Valdefierro:** Pza Inmaculada s/n. 50012 Zaragoza. 976 753809

Zaragoza Rural

- **Rurales Norte I:** C/ Alberto Duce, 2 DPDO. Zaragoza. 976 732750
- **Rurales Norte II:** C/ Alberto Duce, 2 DPDO. Zaragoza. 976 732750
- **Rurales Oeste I:** C/ Avda Navarra, 54. 50010 Zaragoza. 976 333282
- **Rurales OesteII:** C/ Avda Navarra, 54. 50010 Zaragoza. 976 333282

ANEXO 4: DIRECCIONES DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

■ ***Dirección Provincial de Protección a la Infancia y Tutela de Huesca:***

Pza Inmaculada nº 2, 1º A. 22003 Huesca. Teléfono: 974 221 635 Fax: 974 221 504

■ ***Dirección Provincial de Protección a la Infancia y Tutela de Teruel:***

Avda Sanz Gadea nº 11. 44002 Teruel. Teléfono: 978 641 325 Fax: 978 641 232

■ ***Subdirección Provincial de Protección a la Infancia y Tutela de Zaragoza:***

C/ Mariano Supervia nº 27. 50006 Zaragoza. Teléfono: 976 715 004 Fax: 976 715 288

